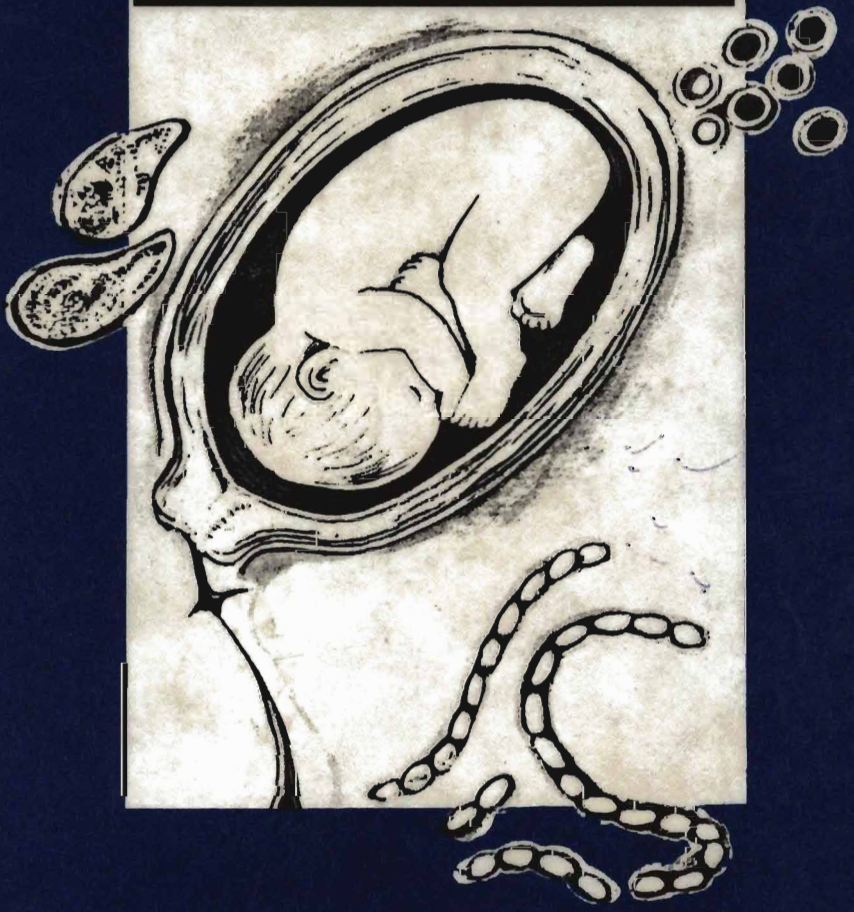
ТИББИЁТ ИНСТИТУТЛАРИ ТАЛАБАЛАРИ УЧУН

ЎҚУВ АДАБИЁТИ

А.А.ҚОДИРОВА, М.Ҳ.КАТТАХЎЖАЕВА,
Д.Қ.НАЖМИДДИНОВА, В.Э.АШУРОВА

АКУШЕРЛИК АМАЛИЁТИ



ТИББИЁТ ИНСТИТУТЛАРИ ТАЛАБАЛАРИ УЧУН
ЎҚУВ АДАБИЁТИ

А. А. ҚОДИРОВА, М. Ҳ. КАТТАХЎЖАЕВА,
Д. Қ. НАЖМИДДИНОВА, В. Э. АШУРОВА

АКУШЕРЛИК АМАЛИЁТИ

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари учун ўқув қўлланмаси сифатида тасдиқлаган

ТОШКЕНТ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ
ТИББИЁТ НАШРИЁТИ
2001

57.16я73
УДК 618.2.

Тақризчи — Тошкент врачлар малакасини ошириш институти акушерлик ва гинекология кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор Д. **Ф. Каримова.**

А44 **Акушерлик амалиёти:** Тиббиёт Олий ўқув юртлари талабалари учун ўқув қўлланма // А. А. Қодирова, М. Ҳ. Каттахўжаева, Д. К. Нажмиддинова ва бошқ. / Т.: Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашр., 2001.— 552 б.

I. Қодирова А. А. ва бошқ.

Қўлланмада асосан физиологик жараёнлар ҳақида фикр юритилади. Шунингдек ички секреция безларининг ўзига хос хусусиятлари, жинсий аъзоларнинг туғруқ жараёнида бажарадиган вазифалари ҳам батафсил ёритилган.

Қўлланма тиббиёт институтларида таълим олаётган кўп сонли талабаларга мўлжалланган.

ТИББИЁТ ИНСТИТУТИНИНГ АНДИЖОН ДАВЛАТ КУТУБХОНАСИ

ББК 57.16я73

Қ $\frac{4108160000-009}{M354(04)-99}$ 15 – 2001

ISBN 5—638—01248—6

© Қодирова А.А., Каттахўжаева М. Ҳ., Нажмиддинова Д.Қ., Ашурова В.Э., 2001

СЎЗ БОШИ

Акушерлик амалиёти бошқа турдаги амалиётлардан бирмунча фарқ қилади. Бу ҳомиладорликда, туғруқ жараёнида, туғруқдан кейин она ва боланинг соғлиғини ҳимоя қилиш, соғлом авлодни тарбиялаб етиштиришда илмий ва амалий асосларни мукаммал билишни тақозо қилади.

Акушерликда этика ва деонтологиядан хабардор бўлган ҳолда иш олиб боришнинг роли катта.

Тиббиёт ходимлари, хусусан акушер, қандай шароит бўлишидан қатъи назар бемор ҳаётига хавф соладиган ва руҳиятига таъсир қиладиган ҳодисаларнинг олдини олиши шарт.

Республикамизнинг ҳозирги мустақиллик даврида биз тиббиёт ходимлари, айниқса акушерлик амалиёти билан шуғулланишга умид қилган ва шуғулланаётган институт талабалари ва врачлари зиммасига соғлом авлодни етиштиришдек масъулиятли вазифа юкланади. Шуларни инобатга олган ҳолда бу қўлланмада биз акушерлик амалиётига тааллуқли масалалар устида тўхталиб ўтдик.

Дастлаб ҳомиладорлик ва ҳомила тараққиёти ҳақида сўз юритиб, сўнг ҳомиладорликнинг кечишига салбий таъсир кўрсатадиган сабаблар, хусусан турли дори препаратлари ва ҳомиладорликка боғлиқ бўлмаган касалликларни келтирдик, бундан ташқари, ҳомиланинг туғруқдан олдинги (перинатал) даврдаги патологик ҳолати ҳақида фикр юритдик.

Кейинги бобда туғруқ жараёнининг физиологияси ва туғиш механизмини келтириш билан шу физиологик жараённи эслатиб ўтишга уриндик.

Шунингдек акушерлик амалиётида ҳомиладорликнинг турли муддатларда тўхталиши, яъни ҳомиланинг бачадонда

нотўғри жойлашиши ва унинг асоратлари ҳақида фикр юритдик.

Она ва ҳомила ҳаётига хавф солувчи токсикоз-гестозларнинг клиник кечиши, унинг асоратлари ва даволаш усулларини илмий ҳамда амалий жиҳатдан ёритишга ҳаракат қилдик.

Ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнида учрайдиган жароҳатлар, уларнинг сабаблари, клиник кечишларини тўла ўрганиш, ўз вақтида ёрдам бериш катта аҳамиятга эга.

Туғруқдан кейинги чилла даврининг физиологик хусусияти ва бу даврда учраши мумкин бўлган патологик ҳолатларнинг аёл соғлиғига путур етказиши мумкинлигини англаган ҳолда унга ёрдам бериш катта аҳамиятга эга.

Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда қон кетиши оғир ҳолатлардан ҳисобланади. Маълумки, бу аёллар ўлими сабаблари ичида деярли асосий ўрин тутади. Шуни назарда тутган ҳолда қон кетиш сабаблари, клиник кечиши ва кўрсатилиши лозим бўлган ёрдам ҳақида тўхталиб ўтиш билан биргаликда, қон қуйиш ва учрайдиган асоратларни келтирдик.

Қўлланмада шунингдек перинатология ҳақида кенгроқ тушунча беришга интилдик.

Бу қўлланма ўзбек тилида биринчи маротаба чоп этилаётгани сабабли камчиликлардан холи бўлмаслиги мумкин. Мана шундай камчиликларни кўрсатиб, ўзларининг фикр-мулоҳазаларини билдирган ўртоқларга ўз миннатдорчилигимизни билдирамиз.

Муаллифлар

I БОБ

ЭТИКА ВА ДЕОНТОЛОГИЯ

Маълумки, инсон табиатдаги турли таъсирлар остида яшайди. Бу таъсирларнинг марказий асаб тизимига, хусусан мия қобиғининг маълум бўлагига бўлган таъсир кучига қараб организм турлича реакция билдиради. И. П. Павловнинг фикрича, асаб тизими ва мия қобиғининг таъсирланмаган бўлаги анча тинч ҳолатда бўлиб, кўпроқ таъсирот олган бўлагида қўзғалиш оптимал ҳолатда бўлади. Баъзи аёллар жуда таъсирчан — эмоционал бўладилар.

Эмоция сўзи лотинча бўлиб, ташвишланадиган — таъсирчан ҳолатдир.

Бунинг организм физиологик фаолиятига таъсири кучли бўлиб, аёл қанча эмоционал ҳолатда бўлса, унинг физиологик фаолияти шунча тез издан чиқади.

Эмоционал реакция дастлаб мия қобиғидаги юрак-томир, вегетатив ва эндокрин марказларни қўзғатади.

Аёл киши эмоционал ҳолатга тушганда аввалига ранги оқариб, сўнг қизаради, тахикардия ёки брадикардия, мускулларнинг гипер ёки гипотонияси кузатилади. Тер, ёш, мой ва бошқа безларнинг фаолияти кучаяди, унинг кўзлари олайиб, қорачиғи кенгаяди ва артериал қон босими ошади. Агар аёлда невроз ҳолат бўлса, вегетатив томир тизимларида анча оғир ҳолат кузатилади.

Агар аёл киши узоқ вақт давомида ҳомиладорликдан олдин ёки ҳомиладорликда руҳий тушкунликка берилса, яъни ҳомиладор бўлишни кўп ўйласа, ҳомиладор бўлгандан кейин унинг натижаланишидан ташвишланса ва ҳатто қўрқса, албатта бу ҳолат унинг асаб тизимига салбий таъсир этмасдан қолмайди.

Этика грекча ethica сўзидан олинган бўлиб, одоб, хулқ демакдир. Хулқ ва одоб одамларнинг бир-бирларига бўлган муносабатларида ўз аксини топади.

Тиббиёт этикаси (хулқ-одоб) дастлаб Грецияда тараққий қилган. Бу Гиппократ қасамида ўз аксини топган. Гаппократ таълимоти тиббиёт тараққиётига катта ҳисса қўшди. Илгаридан ва ҳозирда ҳам тиббиёт институтларини битирувчи талабалар Гиппократ қасамини ўрганиб, унга амал қилишга сўз берадилар.

Тиббиёт этикасининг асосий вазифаси: жамият соғлиғини ўйлаган ҳолда иш олиб бориш, қандай шароит бўлишидан қатъи назар ўз вақтида тиббий ёрдам кўрсатиш, ўз ватанига содиқ бўлган ҳолда тиббиёт илмини ривожлантириш.

XX асрнинг 70-йилларида ғарб давлатлари бир гуруҳ тиббиёт ходимларининг оғир бир жинояти фош этилди. Бу жиноятчилар доришунослар билан келишган ҳолда "Толидомид" номли препаратнинг гўё тинчлантирувчи-ухлатувчи таъсири бор деб тарғиб қилганлар. Аммо кейинги кузатишлардан маълум бўлишича, бу препаратни истеъмол қилган ҳомиладор аёллардан туғилган чақалоқларда турли нуқсонлар қайд қилинган.

Тиббиёт ходими ўз касбини севиши, ўзининг жамият олдидаги бурчини тушунган бўлиши керак. Шунинг учун ўз билимини ва маҳоратини мунтазам ошириб бориши зарур. Улар қўлига одам ўзи учун энг қимматли бўлган ҳаётини топширади, улар жамият посбонидирлар.

Тиббиёт ходимлари этикаси ҳақида гап борганда тиббиётга тегишли асосий масалалар ҳақида сўз юритиш лозим. Бунда тиббий ходим қандай тиббиёт муассасасида ишлашидан қатъи назар, шу муассаса шароитига мослашиши шарт. Бундай шароитга мослашишни икки қисмга ажратиш мумкин.

1. Ички маданият қоидаларига риоя қилиш: меҳнат тартиб-интизомига риоя қилиш, халқ мулкига хиёнат қилмаслик, атрофдагилар билан дўстона муносабатда бўлиш.

2. Ташқи маданиятга риоя қилиш: одамлар орасида ўзини тута билиш, яхши хулқ-атворга эга бўлиш, ходимнинг ташқи кўриниши ҳам хизмат қилаётган муассасага мос бўлиши (озода кийиниши, кийим-кечагини, ҳатто оёқ

кийимини ҳам тоза тутиши, ортиқча тақинчоқлар ва зебузийнатлар тақмаслик, тоза халат ва қалпоқча кийиши) керак. Булар ҳаммаси тиббий этикага алоқадордир.

Маълумки, стационар, поликлиника ва диспансер шароитида хизмат кўрсатишда тиббиёт ходимларининг бир-бирига бўлган муносабати катта аҳамиятга эга.

Улар поликлиника ёки диспансерда асосан участка тизимида хизмат кўрсатадилар (врач, тиббиёт ҳамшираси, акушерка).

Тиббиёт ходимлари, ўз участкаларидаги аҳолига сидқидилдан ёрдам кўрсатишлари лозим ва беморларни даволашда бор билим, маҳоратларини ишга солишлари зарур. Шундагина шу муассаса кўрсаттичлари анча юқори бўлишига эришилади. Муассаса жамоаси ходимларининг бир-бири билан бўлган қўпол муомаласи беморларга ёрдам беришда ҳам ўз салбий таъсирини кўрсатади.

Маълумки, поликлиника катта тиббиёт муассасаси бўлиб, туман, шаҳар ва қишлоқ аҳолисига тиббий ёрдам кўрсатади. Поликлиникада бир қатор махсус бўлимлар (жарроҳлик, даволаш, неврологик, акушер-гинекологик ва бошқалар) бўлиб, булар барчаси биргаликда бир жамоани ташкил қилади.

Стационар шароитида беморлар маълум муддатга ётиб даволанадилар, шунинг учун поликлиникадаги каби беморлар тез-тез ўзгариб турмасдан улар тузалганларидан кейингина уйларига кетадилар. Стационар шароитида тиббиёт ходимининг қанчалар билим ва тажрибага эга экани беморлар назаридан четда қолмайди. Ҳатто беморлар инъекция олишда ҳамшираларни танлайдилар (яхши инъекция қиладиган, беморлар билан хушмуомалада бўладиган). Агар стационарда барча тиббиёт ходимлари ўз вазифаларини сидқидилдан бажарсалар, бу беморларни даволашда ўз ижобий натижасини бермай қолмайди.

Баъзи тиббиёт ҳамширалари беморларга сансираб муомала қиладилар. Албатта, бу беморга бўлган ҳурматсизлик ҳисобланади. Шуни ҳам унутмаслик керакки, катта тиббиёт ходими ўз жамоасидаги ходимларга бошқалар, айниқса беморлар олдида танбеҳ бермасликлари керак.

Стационардаги даво натижалари фақат бериладиган дори-дармонларгагина боғлиқ бўлмасдан, руҳий даволаш усулларининг ҳам аҳамияти каттадир.

Баъзан беморларнинг "врач менинг арзимга қулоқ солмади", деб врачдан нолишлари қулоққа чалинади. Агар врач бемор билан хушмуомилада бўлиб, унинг арзига диққат билан қулоқ солса, бу беморнинг тезроқ тузалишига ёрдам бериш билан бирга, унинг шифокорга бўлган ишончини ва ҳурматини оширади.

Бемор билан мулоқатда бўлиш тиббиёт ходимидан сабр-тоқат ва чидам талаб қилади, унга бериладиган саволлар руҳиятига таъсир қилмаслиги керак. Чунки киши касал бўлганда кўнгли нозиклашиб, жиззаки бўлиб қолади.

Бемор одам касали ҳақида кўп ўйлайдиган бўлади. Айниқса ҳомиладор аёллар ўз ҳаётларидан жуда ташвишланадилар. Бу аёлларни одатда поликлиника шароитида психопрофилактик усулда туғруққа тайёрланади, уларнинг кайфиятини кўтариш учун турли суҳбатлар ўтказилади.

Тиббиёт ходимлари беморнинг ёки ҳомиладор ва туғаётган аёлнинг қариндош-уруғлари, яқинлари билан ҳам хушмуомилада бўлиши лозим. Агар бемор аҳволида шифокорнинг ўзигина билиши керак бўлган ўзгаришлар бўлса, унда у буни ҳеч кимга билдирмаслиги керак, фақат зарурат бўлсагина беморнинг яқинларига айтиш мумкин.

ТИББИЁТ ДЕОНТОЛОГИЯСИ

Ҳар бир одамнинг соғлом бўлиши унинг ўзи учунгина эмас, балки жамият учун ҳам зарур.

Одам учун соғлиқдан қимматлироқ ҳеч нарса йўқ. Ана шу соғлиқ посбонлари бўлиш учун тиббиёт ходимлари ҳар қандай шароитда ҳам ўз касбларига содиқ қолишлари лозим.

Бу гаплар тиббиёт ходими бўлишга бел боғлаган талабаларга ва ёш врачларга тааллуқлидир.

Бу ўринда буюк хаким Абу Али ибн Синонинг қуйидаги гапларини эслаш жоиздир: "Шифокор бургут кўзга, қизлар қўлига, илон каби доно ва шер юрагига эга бўлиши керак".

Гиппократ қасамёдида шундай дейилган:

— инсонни ҳурмат қилиш, шифокорлик илмини ўргатиш;

— инсон саломатлиги йўлида хизмат қилиш;

— беморни даволашда унинг соғлиғини ўйлаган ҳолда, бор билим ва маҳоратини ишга солиш;

— шифокорлик сирини сақлаш;

— ҳаётда тўғри яшаш ва меҳнат қилиш;

— берган "қасамга" риоя қилиш ва унга содиқ қолиш.

Л.А.Хундонова (1983) Чжудши трактатининг II том, XXXI-бобидан қуйидагиларни келтиради.

Шарқ (Тибет) тиббиёти (Ҳиндистон, Монголия, Хитой, Япония ва бошқа мамлакатлар) маълумотларига асосланадиган бўлсак, уларда шифокорларга хос хусусиятлар ҳақида бир қатор кўрсатмалар келтирилган. "Яхши шифокор бўлиш асосида 6 та сифат ётади. Бунда у тўғри фикр юритувчи, оққўнгил, берган онтини бажарувчи, очиқ қиёфали, иш фаолиятида тиришқоқ, ҳаракатчан, илм соҳасида ва меҳнат фаолиятида чуқур фикрли бўлмоғи керак".

Шуниси қизиқки, тибет тиббиётида "ёмон шифокор" бўлиши мумкин эмаслигини, бундай шифокор фақат шифокорлик шакли деб таъриф қилинади. С.А.Гиляровский ва К.Е.Тарасовлар: "бемор учун шифокор ота ўрнини босиши, тузалаётган беморнинг ҳимоячиси, ўртоғи бўлиши керак" деб ҳисоблайдилар. Яқин Шарқда XII асрда майимонидларни Гиппократ билан таққослаганлар. Уларнинг қасами ва дуоси кенг тарқалган бўлиб, кўп фикрлари ҳозиргача ўз қимматини йўқотмаган.

Ўз-ўзини тарбиялашдаги асосий омиллар: меҳнатни севиш, мунтазам ўз билимини ошириш, беморларни ўзига қарата билиш, ялқовлик, енгилтакликка йўл қўймасликдан иборатдир.

Барча беморлар билан унинг жамиятда тутган мавқеидан қатъи назар, бир хилда муомалада бўлиш бу ҳам ўзўзини тарбиялаш омилларидан биридир.

Н.С.Молчановнинг айтишича: "Ҳар бир беморга генералга қилгандай муомала қилиш, аммо оддий аскарни даволаган каби даволаш керак".

Шифокор касалликни эмас, беморнинг ва унинг дилини даволайди. Асримизнинг бошларида сўзлашишни

биринчи ўринга қўйганлар. "Шифокор сўзи, фармацевт ўти, жарроҳнинг пичоғи", беморни даволайди деб ҳисоблаганлар. Беморни фақат ақл билангина эмас, унда ишонч ҳосил қилиш билан даволаш керак. Агар бемор ўзининг тузалишига ишонса, у ярим тузалган ҳисобланади. Шу ишонч унга сабр-тоқат беради, руҳан соғломлашади, албатта тузалишига ишонади.

Шу ерда бир мисолни келтиришни жоиз топдик. Доцент туғруқхонанинг ҳомиладорлар ётадиган патология бўлимида ҳомиладорларни кўриш жараёнида гестоз билан оғриган аёл олдида тўхтаб, (бу палатада яна 3 та аёл ётган), ҳомиладорликда учрайдиган гестознинг аёл организмига ва ҳомилага оғир путур етказишини аёлдаги токсикоз (гестоз) даражаси оғир эканини, туғруқ анча оғир натижаланишини талабаларга тушунтиради, аммо доцент ўзининг нотўғри иш юритганини хаёлига ҳам келтирмайди. Афсус, шу кун кечга томон акушерка навбатчи шифокорни чақириб қолди. Навбатчи доцент кўрган ҳалиги аёлнинг қон босими ошиб кетиб, у боши оғриганидан, кўнгли айнаб қусганини айтади. Унда гестознинг учинчи даражаси (преэклампсия) бошланиб, аҳволи анча оғир эди. Бу палатадаги бошқа аёлларда ҳам сезиларли даражада ўзгариш аниқланган.

Демак, доцентнинг деонтология қоидаларига риоя қилмаганлиги натижасида анча оғир кўнгилсиз воқеалар кузатилган. Шифокорнинг ҳар бир айтган ўринсиз сўзи аёлга отилган ўқ каби таъсир кўрсатган. Деонтология қоидаларидан бехабар бўлган тажрибали врач ҳам беморга керакли ёрдамни кўрсата олмайди.

Аёл маслаҳатхона шифокорига учрашганда, у аёлни кўриб, унга ҳомиласи катталигини, ўзи туға олмаслигини, албатта кесарча кесиш операциясидан фойдаланиш кераклигини, акс ҳолда туғруқ жараёнида бачадон ёрилиб, аёл ва ҳомила ҳаёти хавф остида қолиши мумкинлигини айтади. Ўйламай сўзлаган бу сўз аёлга жуда қаттиқ таъсир қилади. Унда невроз ҳолати бошланади ва туғиш жараёнида туғруқ дардининг сустлиги вужудга келиб аёл анча қийналади. Туғруқ жараёни патологик ҳолатда кечади. Стационардаги шифокорларнинг деонтология қоидаларига риоя қилиб, туғруқни тўғри бошқаришлари

ёлнинг осон туғишига ёрдам беради. Тиббиётда руҳий даволаш усуллари етакчи ўринда туради деб айтиб ўтган эдик. Агар ҳомиладор аёл шифокор маслаҳатларига риоя қилмаса бу шифокорнинг асосий камчилиги бўлиб, у аёлни ўзига ишонтира олмаганидан далолат беради.

Шифокор доим изланишда бўлиши, бошқа мутахассислар билан мулоқотда бўлиб, уларнинг фикрлари билан ҳисоблашган ҳолда иш юритиши, бошқа ҳамкасбларини камситмаслик инсоний сифатларнинг асоси ҳисобланади. Тиббиётда кўплаб замонавий аппаратлардан ва асбоблардан фойдаланилмоқда. Дояликда ҳам бир қатор аппаратлар борки, улар ёрдамида ташхис қўйиш ёки туғруқда фойдаланиш мумкин. Аммо шуни унутмаслик керакки, аппарат ҳеч қачон врачнинг ўрнини боса олмайди. Аёл шифокорнинг бир оғиз ширин сўзига муҳтож бўлади. Ҳеч қачон машина фикр юритиш қобилиятига эга бўлмай, у фақат мутахассис учун ёрдамчидир.

Ҳомиладор ёки туғаётган аёлнинг яқинлари ҳам шу ҳомиладорликнинг натижаланишидан анча ташвиш тортадилар. Шунга кўра профессор, доцент, шифокор, доялар аёл қариндошларининг маданий савиясини, асабий ҳолатларини ўрганган ҳолда, улар билан мулоқотда бўлишлари зарур. Улар билан аёлнинг аҳволи ҳақида суҳбатлашганда, унинг ҳозирги аҳволини шошмасдан ётиғи билан тушунтириш лозим. Уларга аёл учун ҳозиргача қандай ёрдам берилди ва энди қандай ёрдам бериш керак эканлигини ётиғи билан, уларни ташвишга солмайдиган тарзда тушунтириш керак. Ҳомиладорлик патологик ҳолатда кечганида ёки туғруқда баъзан дори препаратлардан фойдаланилади. Шуни унутмаслик керакки препаратларни ўринсиз ва кўп миқдорда ишлатиш аёл организмига салбий таъсир кўрсатади. Демак, бу ҳилдаги даволаш усулларида ҳам деонтологик принципларга амал қилиш керак.

Ҳомиладорнинг соғлиғи ҳақидаги суҳбат унинг иштирокида бўлмаслиги керак. Шифокор ўз иш фаолияти давомида хатога йўл қўйган бўлса, буни ўз ҳамкасбларидан яширмаслиги ва шу хатони яна қайтармасликка эришиши керак.

Маълумки, шифокорнинг ўз иш фаолиятида қилган хатоси ҳомиладорликнинг ва туғруқнинг патологик кечишига сабаб бўлиши мумкин. Шунга кўра у ҳар томонлама анамнез ёзиш билан бирга, аёлни клиник ва лаборатория текширувидан ўтказиб, лозим бўлса тиббиётда ишлатиладиган аппаратлардан фойдаланиш, шу ҳомиладорлик ва туғруқни қандай олиб бориш ҳақида режа тузган ҳолда ёрдам бериш керак.

Соғлом авлодни етиштиришда шифокорнинг тутган ўрни катта. Ҳозирда бу борада катта ишлар олиб борилмоқда. Шунга амал қилган ҳолда аёллар ўртасида тарғибот ишларини олиб бориш, турмушда, оилада, болалар тарбиясида гигиена қоидаларига риоя қилишнинг аҳамиятини тушунтириш тиббиёт ходимларининг асосий вазифаларидан бири ҳисобланади.

Ҳаёт шундай ҳақиқатки, ҳеч қандай тортишувга муҳтож эмас.

Агар инсонда мусиқани эшитиш қобилияти бўлмаса, у музикант бўлолмайди. Кўзи ожиз бўлса, машина ҳайдай олмайди. Шифокор эса аниқ эшита олиши, ўткир кўзли бўлиши керак.

Шифокорни жиноий жавобгарликка тортадиган сабаблар:

1) эҳтиётсизлик билан иш тутиш;

2) шифокор хатоси;

3) бахтсиз ҳодиса.

Билган ҳолда гуноҳга қўл уриш:

1) яширин аборт билан шуғулланиш;

2) ҳомиладорни нотўғри кузатган ҳолда унинг соғлиғига путур етказиш;

3) туғруқни нотўғри, аҳамият бермасдан кузатиш натижасида патологик ҳолат юз бериши;

4) янги туғилган чақалоққа (етилиб ёки чала туғилган) керакли ёрдам бермаслик, унга эътиборсизлик билан қараб, унинг ўлимига сабаб бўлиш;

5) аёлни чилла даврида нотўғри парвариш қилиб, турли патологик ҳолатларга сабаб бўлиш;

6) аёлга ўз вақтида ёрдам бермаслик;

7) чақалоқларни алмаштириш ёки сотиш;

8) тиббиётда ишлатиладиган ҳужжатлардан нотўғри фойдаланиш. (касаллик варақаси ва шунга ўхшаш ҳужжатлар).

Эҳтиётсизлик билан иш тутиш:

1) шифокорнинг ҳаддан ташқари ўзига ишониши, манманлик натижасида оғир хатога йўл қўйиши (қон қуйишдаги хато, дорили препаратларни ўринсиз ишлатиш, миқдорини ошириб юбориш);

2) совуққонлик натижасида бўлиши мумкин бўлган патологик ҳолатни олдиндан аниқлай олмаганлиги.

Баъзан шифокор, айниқса ёш мутахассислар ҳомиладор аёлга ёрдам беришда ёки туғруқни бошқаришда ўзлари билмаган ҳолда бирор хатога йўл қўядилар. Тез ёрдам кўрсатиш жараёнида, ёрдам бериш учун лозим шароит бўлмаганда кўпроқ кузатиш мумкин. Шифокор шу шароитда ҳам ёрдам омилларидан фойдаланиш йўлларини топиши, аёлни ёрдамсиз қолдирмаслиги керак.

II БОБ

АЁЛЛАР МАСЛАҲАТХОНАСИДА ҲОМИЛАДОРЛАРНИ ҲИСОБГА ОЛИШДА ДАСТЛАБКИ ТЕКШИРИШЛАР

Ҳомиладорларни аёллар маслаҳатхонасида ҳисобга олишда шифокор уни ҳар томонлама текшириб, текшириш натижаларини махсус картага (III форма) ёзади.

1. Паспорт қисмига — аёлнинг фамилияси, исми ва отасининг исми ҳамда паспорт номери ва серияси ёзилади.

2. Ёши (ёш биринчи туғувчилар — 18 ёшгача, ўрта ёшда биринчи туғувчи 20-30 ёш, қари биринчи туғувчилар — 30 ёшдан катта).

3. Яшаш жойи.

4. Касби (ишлаб чиқаришдаги омилларнинг аёл ва ҳомила организмига таъсирини назарда тутган ҳолда уларни 30 ҳафтагача кузатилади).

5. Анамнез — умумий соматик ва юқумли касалликлар, жинсий аъзолар касаллиги, олдинги ҳомиладорлик

ва туғруқнинг ўтиши, кечирган операциялари, илгари қон қуйилганми ёки қуйилмаганми, эпидемиологик анамнези, аллергияси бор-йўқлиги, оилавий анамнези, насли.

6. Лаборатория текширувлари.

Ҳомиладор аёл қони бир ойда бир маротаба, 30 ҳафтадан кейин эса ҳар икки ҳафтада бир марта текширилади. Бунда қон гуруҳи, эр-хотиннинг резус омили мос ёки мос эмаслиги, токсоплазмозга, қон ивиш системаси, суткадаги сийдикда ва қонда қанд бор-йўқлиги, қин ажралмаси ва микрофлораси текширилади (36-37 ҳафтада). 36-37 ҳафталикда ЭКГ қилиш керак бўлади.

7. Объектив текширишлар: акушер-гинеколог, терапевт, стоматолог, қулоқ бурун ва окулист текширувидан ўтиш. Агар зарурат бўлса эндокринолог ва уролог текширувларидан ўтиш лозим бўлади.

Ҳомиладор аёлларни кузатиб бориш аёллар маслаҳатхонасининг асосий вазифаларидан биридир. Ҳомиладор аёл қанчалар диққат билан кузатиб борилса, туғруқ шунча нормал кечади.

1. Ҳомиладор аёлларни ҳомила 12 ҳафталик бўлгунча ҳисобга олиш керак бўлади. Шунда жинсий аъзоларга алоқаси бўлмаган касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва ҳомиладорликни давом эттириш ҳақида бир фикрга келиш мумкин.

2. Аёлни ҳисобга олишда маслаҳатхона шифокори қуйидагиларни амалга ошириши лозим:

— амбулатория картаси билан танишиш (ёки бошқа даволаш муассасаларидан олинган кўчирмалар билан танишади).

— ҳомиладорликни давом эттириш ҳақида амбулатория картасига маълум бир белги қўйилади. Шундай қилиб маслаҳатхонадаги картадан ҳомиладор аёл ҳақида керакли маълумотларни олиш мумкин бўлади.

Анамнез орқали текшириш олиб бориш:

1. Аёлнинг ёшлигида оғриган касалликлари.

2. Ўткир сурункали ва юқумли касалликлар (вирусли касалликлар, тонзиллит, юқумли паротит, гепатит, сил ва б.қ.).

3. Ҳайз циклининг бошланиши ва унинг хусусиятлари.

4. Илгари наслсизлик туфайли даволанганми? Ҳомиладорликнинг барвақт тўхташ ҳолати кузатилганми?

5. Ҳомиладорлик токсикозлари, гипохром камқонлик, пиелонефрит, гепатобилиар тизимдаги патологик ҳолатлар, юрак нуқсони, гипертония касаллиги, артериал гипотония, қанд касали, буйрак усти безининг фаолияти бузилиши ва бошқалар.

6. Ҳаддан ташқари семизлик, ёки озиб кетиш (касаллиги туфайли етарли овқатланмаслик, овқат ҳазм қилиш аъзоларининг функционал бузилиши).

7. Жинсий аъзоларнинг инфантилизми.

8. Жинсий аъзоларнинг нотўғри тараққий этиши.

9. Ҳозирги ҳомиладорликдан олдин қилинган сунъий аборт.

10. Ички жинсий аъзолардаги яллиғланиш жараёни.

11. Тор чаноқлик. Бачадон миомаси.

12. Илгари кесарча кесиш операциясини бошидан кечирган аёллар.

13. Илгариги ҳомиладорликда кечирган патологик ҳолатларнинг қайталаниши.

14. Кўп ва тез-тез туққан аёллар.

15. Резус омилнинг ва АВО системасининг мос келмаслиги.

16. Сигарет чекиш, алкогол ёки гиёҳвандлик ва бошқа зарарли омиллар.

17. Меҳнат жараёнида санитария-гигиена шароитининг ёмонлиги (кимёвий бирикмалар, пестицидлар ва бошқалар).

18. Кўп ҳомилали ва кўп сувли ҳомиладорлик, ҳомиланинг чаноқ билан олдин келиши.

Ҳомила учун хавф кўпинча ҳомиладорлик муддатидан ўтиб кетганда (42 ҳафта ва ундан кўп) кузатилади, шунга кўра ўтган ҳомиладорликларнинг қандай натижаланганлигини аниқлаш лозим.

Шунингдек аёл қисқа муддатда бошқа матахассисларга кўрсатилиб, улардан соғлиғи ҳақида тўла маълумот олинади.

1. Клиник текширишдан ташқари лаборатория текшируви ўтказилади (қон, сийдик, ахлат ва қин ажралма-

сидан суртма олиб текширилади). Биокимёвий текширишлар (қон ва сийдикдаги қанд миқдори, қоннинг ивиш хусусияти), иммунологик текширишлар (резусининг салбий ёки ижобий эканлиги, эр-хотиннинг бир-бирига резуси мослигини аниқлаш, Вассерман реакцияси). СПИД га текшириш, функционал (ЭКГ) текшириш, ҳомиладорни бошқа мутахассислар текширувидан ўтказиш, ҳомиладор аёл қандай овқатланиши лозимлиги ҳар томонлама тушунтирилади.

2. Даволаш 12-14 кундан ошмаслиги керак. Аёллардаги турли ҳавотирли ҳолатлар аниқланиб, улар кузатувга олинади ва даволаш чоралари қўлланилади.

3. Ҳомиладор аёл туғишдан ва туғруқдан кейин кузатилади. Туғишдан олдин участка акушеркаси уни бир ойда 2 марта кўради, агар бирор хавотирли ҳолатлар бўлса, аёл шифокор кузатувида бўлиши зарур.

Ҳомиладорликнинг 32 ҳафталигида болалар поликлиникаси шифокори ҳам ўз участкасидаги ҳомиладор аёлларни ҳисобга олса, чилла даврида кузатиш яхши натижа беради.

Чилла давридаги патронаж. Аёлнинг стационардан чиққан кунининг эртасидан бошлаб уни аёллар маслаҳатхонаси ходими кузатиб боради (шифокор патологик туғруқдан кейин, акушерка нормал туғруқдан кейин).

4. Ҳомиладор аёлларни режали равишда, ёки касалликлари бўлса, стационарга ётқизиш.

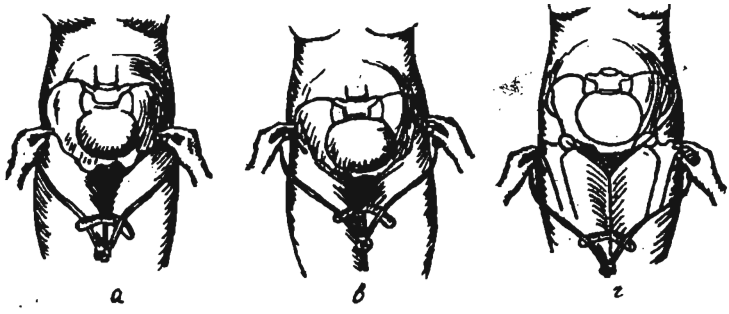
5. Ҳомиладорларни қуйидаги муддатларда кузатилади. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида бир ойда бир марта, 20-30 ҳафтада — 2 ҳафтада бир маротаба, 30 дан 40 ҳафтагача 7—10 кунда бир маротаба кузатилади. Аёл келадиган муддатидан 2 кун ўтса, ундан хабар олиш керак бўлади.

6. 100% ҳомиладорларни психопрофилактик оғриқсизлантириш йўли билан туғруққа тайёрлаш лозим.

7. 100% оталар учун "оталар мактабида" машғулот ўтказилади.

8. Рахит профилактикаси (аёлни витамин Д, ультрабинафша нури билан нурлатиш).

9. Дегельминтизация — гижжага қарши (бунинг учун ахлат текширилади) кураш олиб бориш.



1-расм. Катта чаноқнинг ўлчамлари:
а. Distantia spinarum ёнбош суякларнинг қирралари орасидаги масофани ўлчаш; в. Distantia cristarum ёнбош суякларнинг тароқлари орасидаги масофани ўлчаш; г. Distantia trochanterica сон суякларининг кўстлари орасидаги масофани ўлчаш.

10. Йирингли- септик ҳолатларни даволаш. Албатта қулоқ, бурун ва жинсий аъзоларни санациясини ўтказиш.

11. Антропометрик ўлчам (бўйи ва оғирлиги), уни чуқур ўрганиш.

12. Артериал босимни ўлчаш.

13. Акушерликдаги ташқи текширишлар. (1-расм).

Distantia spinarum	(25-26 см),
Distantia cristarum	(28-29 см),
Distantia intertrochanterica	(30-31 см),
Conjugata externa	(20 см).

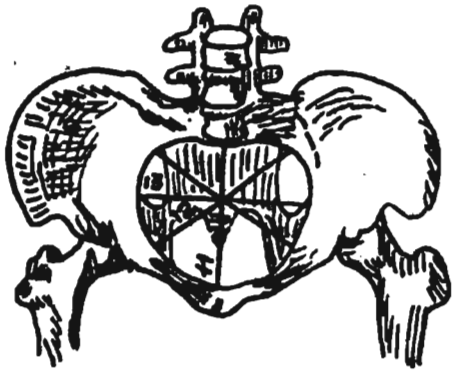
Юқорида келтирилган ўлчовлардан кейин, қин орқали текшириш қўшимча текшириш усулларидан ҳисобланади. Хусусан:

а) (ён коньюгата) ёнбош суякларини орқа ва олдинги ўсиқларининг (conjugata lateralis) ораси ҳар икки томони 14-15 см бўлиши керак. Агар бу кўрсаткич 12,5 см дан кам бўлса, туғиш жараёни мураккаблашиши мумкин: (2-расм)

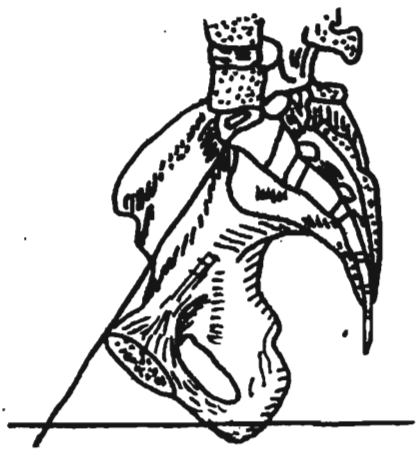
б) кичик чаноқнинг қийшиқ ўлчами.

Қов суяги бўғимининг юқори чети, ёнбош суягининг орқа ўсиғи оралиғи (spina iliaca posterior), 17,5 см, ёнбош суягининг юқори ўсиғи (spina iliaca anterior superior) бир томондан, иккинчи томондан худди шу ўсиқ оралиғи 21

ҲА. В. ООВ АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТ КУТУБХОНАСИ



2-расм. Кичик чаноқнинг кириш сатҳининг нормал ўлчовлари.



3-расм. Чаноқнинг оғиш бурчаги 45-55° тенг.

см бўлиши керак. Бел умуртқасининг IV ўсиғи, ёнбош суякларининг ҳар икки томонидаги ўсиғи (spina iliaca antarior superior dextra et sinistra) ораси 18 см (агар ҳар икки оралиқ бир-биридан 1,5 см фарқ қилса чаноқнинг қийшайиб торайганини кўрсатади):

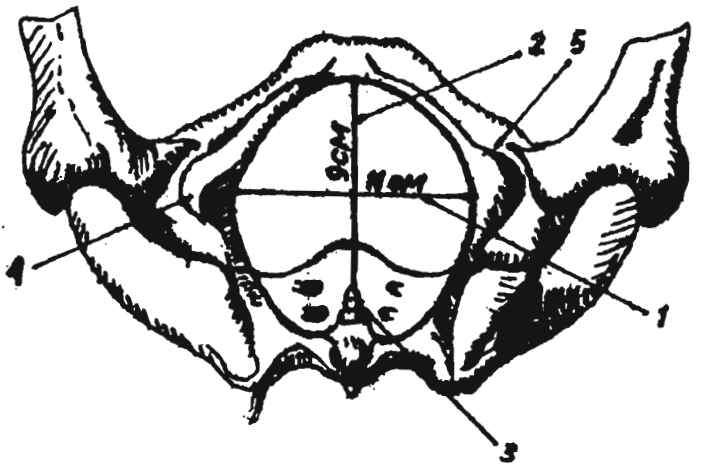
в) Михаэлис ромби ўлчами. Вертикал ўлчам-11 см. Горизонтал ўлчами — орқа ва юқоридаги ҳар бир думғаза суягининг ўсиғи оралиғи — 18 см;

г) чаноқнинг оғиш бурчаги — чаноқ кириш юзаси горизонтал юза аёл тикка турганда тазоуглометр билан ўлчанади — 45-55° га тенг (3-расм);

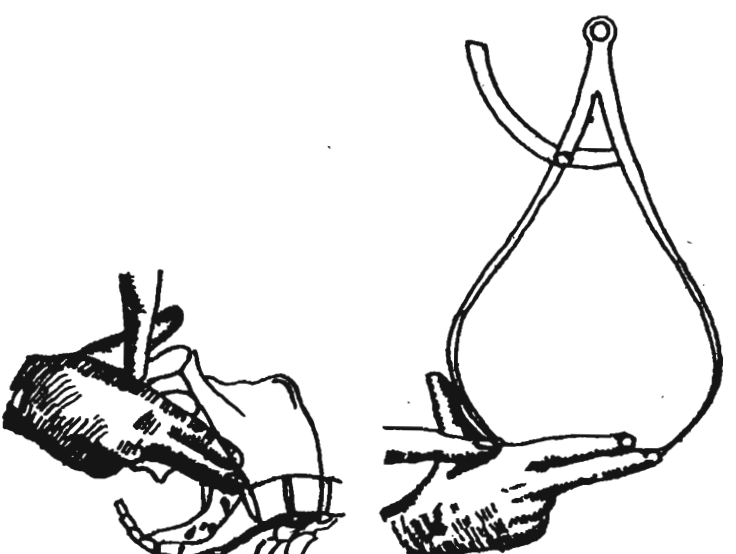
д) чаноқнинг чиқиш ўлчами. Тўғри ўлчами дум суяги учи билан қов суяк бўғимининг пастки қисми оралиғи — 9 см (4-расм);

е) чин конъюгатани аниқлаш: 1) ташқи конъюгатадан 9 см олинади:

2) диагонал конъюгатадан 1,5-2 см олиб ташланади (5-расм). Билак бўғимининг айланаси 14 см дан 1,5-2 см ва ундан кўп олиб ташланади, шунда чаноқ суягининг қалинлиги биланади. Қин орқали текширилганда бачадоннинг катталиги, шакли, қаттиқ-юмшоқлиги, қимирловчанлиги, чаноқ суяги, чаноқ тагида мускулларнинг ҳолати текши-



4-расм. Чаноқнинг чиқиш ўлчовлари:
1. кўндаланг ўлчов; 2. тўғри ўлчов; 3. дум суяги; 4,5. куймич (ўтирғич суяк) дўмбоқлари.



5-расм. Диагонал конъюгатани ўлчаш.

рилади. Шу билан бирга қов суягининг баландлиги (4 см), диагонал конъюгатанинг ва қов бурчагининг ҳолати қайтадан яна текширилиб чиқилгандан кейин қўлни қиндан олинади. Бачадон ҳомиладорлик туфайли катталашганда уни пайпаслаб, таранглиги, ҳомиланинг катта-кичиклиги, ҳомила олди сувининг миқдори, олдинда келувчи қисми ва ҳомила майда қисмларининг жойланиш ҳолати, позиция ва кўринишларини аниқлаш учун 4 та классик акушёрлик текшириш усуллидан фойдаланилади.

Ҳомиланинг юрак уриши 20 ҳафтали бўлгандан бошлаб яхши эшитилади. Ҳомиланинг юрак уришини акушерлик стетаскопи, "Малыш" ва УЗД, кардиомонитор билан эшитилади. Ҳомиланинг юраги бир минутда 130-140 марта уради. М.С.Малиновский ҳомиланинг юрак уришини қуйидаги қоида бўйича аниқлашни тавсия этади:

а) ҳомила энсаси билан келганда боши киндикдан пастда бўлиб, юрак уриши орқа томондан, орқа кўринишда қорин ёнидан қўлтиқнинг олди чизиғи соҳасида эшитилади;

б) юзи билан келганда киндикдан пастда, кўкрак қафаси томондан (биринчи позицияда — ўнгдан, иккинчи позицияда чапдан) эшитилади;

в) кўндаланг келганда — киндик соҳасида бошига яқин томондан эшитилади;

г) чаноқ билан келганда киндикдан юқори, бошга яқин томондан эшитилади.

III БОБ

АЁЛЛАРДА МАВЖУД ФИЗИОЛОГИК ЖАРАЁНДА ЭНДОКРИН ТИЗИМИНИНГ ТУТГАН ЎРНИ

Амалиёт ва текшириш натижалари аёл организмидаги физиологик жараённинг кечиши нерв, гуморал тизими билан боғлиқлигини кўрсатади. Ҳайз циклининг нормал кечишида 5 та аъзодан ташкил топган рефлектор ҳалқа (дуга) асосий роль ўйнайди. Жинсий аъзо фаолиятини бошқариш шу ҳалқа орқали бажарилади. Бунга бош мия пўстлоғи, пўстлоқ ости қисм, гипоталамус, мия

қўшимчаси, гипофиз, аёллар жинсий бези — тухумдон киради.

Нейро-гуморал ҳалқанинг биринчи звеносига бош мия пўстлоғи кириб, бу эркакларники билан бир хил бўлади. Аёллар организмига хос жинсий ҳолат гипоталамус орқали вужудга келади. Гипоталамус гипофиз гормони аввал тоник (базал), кейин циклик равишда секрет ажратиши билан характерланади. Эркакларда гормонларнинг тоник секрецияси бўлиб, улар тўлқин каби чайқалиб ажралиши кузатилмайди.

Бош мия қобиғининг жинсий аъзолар фаолиятини бошқариб туриши кўп текширишлар натижасида тасдиқланган. Олиб борилган кузатишлар асаб тизими фаолиятининг бузилиши ҳайз циклига таъсир қилишини исботлайди.

Маълум бўлишича, оғир руҳий ҳолатларда (хусусан, Ленинград қамали), кўп аёлларда ҳайз цикли бузилган ёки тўхтаган (аменорея). И.П.Павлов бичилган ҳайвонларнинг асаб тизими, бош мия фаолияти ўзгарганини аниқлаган. Умуман бош миядаги рефлектор реакциянинг ўзгариши организмнинг умумий ҳолати билан чамбарчас боғлиқдир.

Жинсий аъзолар фаолиятига таъсир кўрсатадиган марказ бош мия қобиғининг қайси ерида жойлашгани ҳалигача аниқланмаган. Маълумотларга қараганда марказ лимбик системанинг амигдолоид (бодом кўринишидаги) ядросида бўлади деб тахмин қиладилар.

Ўтказилган тажрибаларда электр токи билан амигдолоид ядросига таъсир қилинса (у катта мия оралиғига жойлашган) овуляция чақирилган, амигдоэктомия қилинганда жинсий аъзолар фаоллиги сустлашган.

Гипоталамус (дўмбоқ ости) оралиқ мия қисми бўлиб, кўриш дўмбоғидан пастда жойлашган, у кўплаб нерв ҳужайраларининг пастга ва юқорига кўтарувчи ипчалари билан нерв ҳужайралари ядросининг йиғилган жойидир.

Гипоталамус ядроси олдинги, ўрта ва ён қисмларга тўпланган бўлади ва специфик секрет чиқазади. Бу секретни нейросекрет деб аталади. Бу нейросекрет тропик гормонлар ажралишини оширади (кучайтиради — стимуляция). Буни руҳсат берувчи омил (relising омил rf) деб

аталади. Ҳозирда 3 та гипоталамик омил мавжуд бўлиб, булар гонадотроп гормонлар ажралишига таъсир кўрсатиб, унинг ажралишини кучайтиради.

1. ФСГ — РФ (FSH — HE) омил фолликуллаларга таъсир кўрсатиб, улар фаолиятини оширади.

2. ЛГ — РФ (ZRF) — сариқ танага таъсир кўрсатиш билан унинг гормонал қобилиятини оширади.

3. Пролактин — сут ажралишини бошқарадиган омил (ПТФ, PTF) — РФ пролактин ажралишини сусайтирувчи омил.

Кимёвий таркиби бўйича нейросекрет оддий оқсил ёки мой ва полисахаридларнинг мураккаб бирикмасидир.

Гипоталамуснинг секретор нейронлари типик ҳолатда бўлиб, қон-томир тизими ва бош миянинг III-қоринча бўшлиғи билан мустаҳкам боғлиқдир. А.П.Поленов (1938) нинг текшириши бўйича бош мия қоринчасидан олинган секрет ўз хусусияти билан нейросекретга ўхшаб кетади.

Гипофизни орқа бўлагидан ажралган гормонлар окситоцин, вазопрессин, антидиуретик гормон гипоталамуснинг нейросекретидир.

Айрим назарияларга кўра окситоцик модда паравентрикуляр ядро соҳасидан, кўриш ядроси (супраоптик) юқорисидан — вазопрессин ва антидиуретик гормон ажратади. Нерв аксонлари (толалари) бўйича гипофизга ўтиб унинг орқа қисмига тўпланади. Гормонлар гипоталамусдан, нерв импульслари таъсирида гипофиздан ажралади. Окситоцин қонда қон зардоби оқсиллари билан бирикқан ҳолда таъсир кўрсатади.

Гипофизнинг олдинги бўлагининг фаолияти гипоталамус билан боғлиқдир.

Гипоталамуснинг нейросекрети турли йўллар билан ўзининг биологик таъсирини кўрсатади. Асосий йўл парарадеи гипофизар йўл бўлиб, миянинг қаттиқ қобиғи (пардаси) тушадиган вена орқали умумий қон айланишга ўтади, нейрогормоннинг кам қисми гипофиз орқали, дарвоза (қопқа) вена системаси орқали гипофизнинг олдинги бўлагига тушади. Нейросекрет гипофизга унинг оёғи орқали ўтади.

Гипофиз фаолияти бошқа эндокрин безларга нисбатан кам ўрганилган. Гипофиз олдинги, ўрта ва орқа бўлак-

лардан ташкил топган. У турк эгарида жойлашган ва оёқлари билан гипоталамусга, бошқа қисмлари билан марказий нерв тизимига бириккан. Ҳайз циклида ва ҳомиладорликда асосан гипофизнинг олдинги бўлагидан ажралган гормонлар иштирок этади. Олдинги бўлакдан 6 хил гормон ажралади. Булардан: 1) тиреотроп (ТТГ), соматик (СТГ), адренокортикотроп (АКТГ), лактоген (ЛТГ) ёки пролактин, фолликула фаолиятини оширувчи (ФСГ), сариққа айлантирувчи (ЛГ) гормонлардир.

Фолликул фаолиятини оширувчи гормон (ФСГ) миқдори ҳайз циклининг 6-9 кунларида анча юқори даражада бўлиб, кейин аста-секин камая боради, сариққа айлантирувчи гормон (ЛГ) оша боради. Бунинг ошгани фолликулнинг ёрилиши (овуляция) билан ифодаланади.

Сариқ тананинг фаолияти, сариққа айлантирадиган гормоннинг энг юқори миқдори билан аниқланади. Бу гормон камая борса у сариқ тананинг сўна бошлаганидан далолат беради. Шундай қилиб: ҳар учта гонадотроп гормонларнинг бирин-кетин ошиши; фолликуланинг етилиши, овуляция ва сариқ тананинг такомиллашишини таъминлайди.

Эстрогенларнинг кам миқдори фолликулни етилишини таъминласа, кўп бўлиши аксинча таъсир кўрсатади. Бу ҳолат сариқ танага таъсир қиладиган гормонга ҳам хосдир.

Тухумдондан ажраладиган гормонлар бачадонга ўз таъсирини кўрсатиб унинг ўсишини таъминлайди. Бу гормонларнинг ҳомиладорликда аҳамияти каттадир. Улар бир томондан бачадон ўсишини таъминласа, иккинчи томондан ҳомилага ҳам ўз таъсирларини кўрсатади.

Ҳозиргача гонадотроп гормонларнинг кимёвий ҳолати ва метоболизми етарли аниқ эмас. ТТГ, ФСГ ва ЛГ гормонлар сувда эрийдиган глюкопротеидлар бўлиб, уларнинг моллекуляр оғирлиги 40 000 дан 100 000 гачадир. Бошқа (ЛТГ, АКТГ, СТГ) гормонлар эса оддий оқсиллар ҳисобланади.

Ҳайз циклининг биринчи ярмида ФСГ кўп бўлиб, ўртасида ФСГ ва ЛГ, иккинчи ярмида ЛГ ва ЛТГ гормонлар концентрацияси юқори бўлади. Ҳомиладорликда эса ЛГ ва ЛТГ гормонлар 13-14 ҳафта давомида ФСГ дан анча юқори миқдорда бўлади.

Тухумдон тўрт қаватдан иборат бўлиб, оғирлиги 6-8 грамм. Энг юза қават оқлик парда бириктирувчи тўқима, кортикал ва мия қаватларидан иборат, сўнгги икки қаватнинг чегаралари унча билинарли эмас. Картикал қобиғ қавати думалоқ парма шаклида бўлиб, ораларида чалкашиб кетган кологен толалар бўлади, эластик толалар эса жуда кам. Мия қаватида ҳам лимфа томирлари бўлиб улар шохланиб, кортикал қаватга тарқалади.

Тухумдонга қон ва лимфа томирлар унинг дарвозаси (hilus ovarii) дан киради. Тухумдон чарви (mesovarium) дан ташқари сероз парда билан қопланган.

Тухумдон дарвозаси (hilus ovarii) ҳужайралар йиғиндиси бўлиб бу ҳужайраларда липидлар ва липохромли пигментлар бўлади, улар андроген гормонини ажратади. Булар янги туғилган қиз бола чақалоқларда ва уларнинг бир неча йиллик ҳаёти давомида, кейин аёлларда то кексайгунларига қадар ҳам бўлади. Ҳомиладорликда ҳам деярли кўп миқдорда бўлади. Бундан ташқари, тухумдон дарвозасида ва унинг мия қаватида специфик эпителиал ҳужайралар бўлади, улар параганглионар ёки параневрал тўқима деб аталади. Бу ҳужайралар ҳам нерв толалари билан зич боғланган. Г.Ф.Ивановнинг (1949) фикрича, тухумдон параганглияси бошқа аъзо ва тўқималардагига ўхшаш жойлашган бўлиб, ички секреция безлари қаторига киради.

Баъзан тухумдон дарвозасининг мия қаватида ҳамда чарвисида тухумдон тўри бўлиб (rete ovaria) бу жинсий безларнинг эрта эмбрионал тараққиётдан қолган қолдиқдир (рудимент гомологи (reti testis).

Бу тухумдон тўри тор каналчалардан ёки тасмалардан иборат бўлиб, кубсимон эпителий билан қопланган.

Тухумдон қон билан асосан тухумдон ва бачадон артерияси шохи орқали таъминланади (a.ovarica ва r.ovaricus a.uterinae). И.Ф.Перфильева (1953) рентген ёрдамида тухумдоннинг ички ярми асосан бачадон артерия шохи орқали, ташқариси бачадон найчаларининг четига қараган қисми тухумдон артерияси билан озиқланишини аниқлаган. Тухумдон тўқимасида одатда 30 тагача ва баъзан ундан кўп биринчи қатордаги артерия шохлари бўлади.

Тухумдоннинг мия қаватидаги артерия шохлари тухумдон сатҳи томон йўналган, пўстлоқ қаватида турли йўналишда жойлашган бўлади.

Вена қон томир шохлари артерия шохларидан 1 $^{1}/_{2}$ — 2 маротаба кўп бўлади. Веналар буралган ҳолда артерия шохларидан анча йўғон ва бир-бирига қўшилиб кетган (анастомоз) бўлади.

Л.Е.Этинген (1967) нинг фикрича, мия ва пўстлоқ қаватидаги лимфа томирлари тухумдон дарвозаси олдида чигал ҳосил қилиб, улар учбурчак, овал, кўп қиррали бўлади.

Тухумдондан ташқаридаги лимфатик томирлар унинг дарвозаси олдида чигал ҳосил қилади, бу чигаллардан 2 тадан 16 тагача лимфа томир шохобчалари ажралиб, аорта-бел лимфатик тугунларигача боради (В.П.Любченко 1936).

Тухумдоннинг лимфа тизими тухумдон, бачадон, бачадон найчалари, йўғон ичак, аппендикс, тўғри ичак, буйрак, буйрак усти бези, сийдик қопи лимфа томирлари билан бириккан бўлади. Л.Е.Этинген (1967) 1000 та турли ёшдаги тухумдонни текшириб қон ва лимфа томир шохларини энг зич тўпланган ҳолатини қуйидагича белгилаган:

1) фолликулларда ташқи ва ички қобиқ (tunica externa ва tunika interna) тараққий қилган даври;

2) фолликулаларнинг атрезияси бошланиш босқичи;

3) сариқ тананинг қон билан таъминланиш жараёни.

Кўп олимларнинг айтишича эстроген tunica interna ҳужайралари томонидан вужудга келади. Донали қават эса эстроген ва оралиқ субстанция сифатида эстрогенларни синтез қилади.

Тухумдондан қисман андроген ажралади. Андрогеннинг қолган қисмини буйрак усти бези ажратади.

О.В.Волков (1970) тухумдонда икки хил нерв толалари бўлиб, улар сезувчи ва ҳаракатлантирувчи толалардан иборат, тухумдоннинг мия қаватида кўп миқдорда нерв толалари бўлиб, юмшоқ ва юмшоқ бўлмаган нерв толалари, пўстлоқ қаватида эса анча нозик ва унчалик чигаллашмаган нерв толалар бор, деб таърифлайди.

Тухумдоннинг тараққиёти давомида унинг нерв тизими ҳам ўзгара боради. Ўсаётган фолликулада нерв тизи-

ми бошланғич фолликулаларга нисбатан анча мураккаб ва фаолияти ҳам катта бўлади.

Фолликуллар орқага қайтиш (атрезия) давомида камайиб боради. Сариқ тана шаклланишида анча камаяди, tunica interna соҳасидаги атрезияга учраган фолликулларда нерв толалари кўпроқ бўлади (Q.B.Волков, 1970).

Балоғатга етган аёлларда тухумдонда фолликуланинг етилиши ва овуляция циклик равишда қайтарилиб туради. Яъни фолликула ичидаги **ооцит** ўсиб, овуляция ва сариқ тананинг шаклланиши қайтиб туради. Бу ҳам маълум вақт давомида тараққий қилиб, кейин орқага қайтади. Фолликулнинг етилиши ва овуляция аёлда ҳомиладор бўлишни таъминлайди. Тухумдонлардаги циклик ҳолат ҳайз циклига қараб ўзгариб туради.

Климактерик даврда тухумдон фаолияти сўна бориб, циклик ҳолат кузатилмайди.

Ҳомиладорликда ҳомиланинг дастлабки тараққиёти жараёнида унинг тухумдонида бошланғич (примордиал) фолликуллар пайдо бўлади. Қиз бола туғилганида унинг тухумдонидан 100 000 дан 400 000 гача бошланғич фолликулалар бўлади.

Фолликулларнинг етила бошлаши аввал онадаги гонадотроп гормонлар таъсирида бўлади. Чақалоқ туғилгандан 2 ой ўтгач етилаётган фолликула ортиқ учрамайди. Чунки онага ҳомиладорлигида ўтган гонадотроп гормон деярли камайиб ортиқ таъсир кўрсатмайди. Шунга кўра фолликул етилмайди.

Қиз бола биринчи ҳайз кўра бошлаганида (menarche) примордиал фолликуллар 30000-50000 гача камайиб кетади. Бунга сабаб қиз бола ҳайз кўргунча примордиал фолликуллар қисман парчаланади ва қисман атрофияга, атрезияга учрайди. Бу ҳолат физиологик атрофия деб таърифланади.

Примордиал фолликуллар тухум ҳужайраси (coronae) нинг бир қават яполоқлашган фолликул эпителий ҳужайралари билан ўралган ҳолатда бўлади.

Фолликулнинг морфологик жиҳатдан етилиши тухум ҳужайрасининг катталашиши ва думалоқлашиши, фолликулалар эпителийсининг кўпайиши билан характерланади.

Фолликуляр эпителий қаватининг қалинлашиши фолликулнинг донали қавати деб аталади (stratum granulosum). Кейин донали қават қалинлигида суюқлик пайдо бўлади, дастлаб бу суюқлик донали ҳужайраларни суради, ниҳоят, фолликул ичига йиғилади (antrum folliculi). Дастлаб фолликулнинг тараққиёт тезлиги гипофизга боғлиқ бўлмайди. Шунга кўра гипофизни бу даврда олиб ташлаш фолликулга таъсир қилмайди.

Фолликулдаги суюқлик фолликуляр эпителий ҳужайраларининг парчаланган ҳосили ва қон томирлардан ажралган транссудатдан иборат. Фолликуладаги суюқлик кўпая борган сари тухум ҳужайрасини четга суради. Шу четга сурилган тухум 17-50 қатор ўсаётган фолликул ҳужайралари билан ўралган ҳолда бўлади. Шу йўсинда тухумни йўналтирувчи дўмбоғ вужудга келади (Cumubus copnotus). Етилган фолликул (Грааф пуфакчаси) диаметри (folliculus ovaricus vesiculosus) 10 мм катталикда, тухум ҳужайраси 100 мкм ҳажмида бўлади. Тухум ҳужайраси ойнасимон қобиқ (Zona pellucida) қа ўралган бўлади.

Ўсаётган фолликул атрофидаги строма дифференциацияга учрайди: ташқи (tunica externathica folliculi) ва ичкариги фолликул қопқоғи фибробластни эслатиб, етилаётган фолликул атрофида концентрик равишда жойлашган бўлади. Унинг ҳужайралари думалоқ эпителоид типида, кўп миқдорда липидлар тутади. Гранулёз ҳужайралардан ташкил топган қобиғи (тухум чиқарадиган дўмбоғдан ташқари) 2-4 қатор фолликуляр эпителийдан иборат бўлади.

Фолликулнинг охирги етилиш босқичида тухум редукцион шаклда бўлинади ва хромосомлар миқдори камаяди. Овуляция вақтида тухум иккинчи маротаба бўлинишга тайёр бўлади. Етилиш жараёни 10-14 кун давом этади, кейин овуляция бошланади. Овуляция муддати одатда ҳайз бошланишининг биринчи куни билан ҳисобланади. Чунки сариқ тана фазаси фолликулнинг ўсиб кетиш фазасига нисбатан анча турғун ҳолатда давом этади.

Шундай қилиб, овуляция муддати 14 кундан 17 кунгача ҳайзни биринчи кунидан ҳисобланади.

Овуляциядан олдин етилган фолликул тухумдон сатҳи томон сурила боради.

Бунга сабаб фолликуляр суюқликнинг йиғилиши, фолликул ҳажмининг катталашишидир. Тухумдон тўқимаси тухум яқинлашаётган дўмбоғ соҳасида анча юпқалашиб кетган бўлади. Қон алмашуви шу сатҳда бузилади. Овуляция вақтида фолликул девори ёрилиб тухум, фолликуляр суюқлиги билан бирга қорин бўшлиғига тушади, кейин тухум бачадон найчаларининг ампуляр қисмига ўтади.

Овуляция ҳақида бир қатор назариялар бор.

Биринчи назария — механик назария (юқорида айтиб ўтилди). Бу назария бўйича: фолликулнинг катталашиши, эксцентрик конуснинг вужудга келиши, фолликуляр суюқлигида осмотик босимнинг ошиб кетиши, тухумдон тўқимасининг юпқалашиши, шу соҳада қон алмашинувини бузилиши содир бўлади.

Иккинчи назария: окситоцин таъсирида қисқариши — ҳозирда бу назария асоссиз деб ҳисобланади.

Учинчи назарияда гиалурон ачими — гиалуронидаза, протеолитик ферментлар, диастаза системаларига боғлиқ энзимлар таъсирида бўлади деб ҳисобланади.

Zander, Helzmann (1969) ларнинг фикрича гонадотропин, айниқса АГ лар маълум аҳамиятга эга.

Аёлнинг ҳаёти давомида 300-500 тухум ҳужайраси етишиб чиқади. 45 ёшларда премордиал ҳужайралар камаяди — (1000 тагача). Тухум ҳужайра (ovum) тухумдондан чиқишида 3-4 қатор эпителия нуртож билан ўралган бўлади.

Овуляцияда ёрилган фолликул ичига ва қисман қорин бўшлиғига қон ажралади. Агар тухум ҳужайраси сперматозоид билан қўшилмаса 12-24 соатдан кейин бузила бошлайди (бачадонни ичида).

Ҳар ҳайзда одатда битта фолликул етилади, бошқа етилаётган фолликуллар атрезияга учрайди. Одатда, кистага айланади ёки облитерацион атрезияга учрайди. Атрезия бўлганда текалютеин ҳужайраларда гиперплазия ҳолати кузатилади. Натижада облитерацион атрезия, яъни бириктирувчи тўқиманинг ўсиши, ниҳоят, фиброзли атретик тана ҳосил бўлади. Баъзан у кистага айланмайди, кейин фолликуляр суюқлик фолликуляр эпителийда парчалангандан кейин, тухум ҳужайра шимилгач фолликул ичига қўшимча тўқима тўлади.

Ёрилган фолликул ўрнида сариқ тана тараққий қилади, фолликулнинг йиртилган ерини бириктирувчи тўқима (фибрин) ўсиб ёпади. Ичида қолган донали қават тез кўпаяди. Унинг ҳажми катталашиб, 12-15 дан 30-40 мм етади. Натижада сариқ тана ҳужайраларига айланади. Улар липохром пигмент вужудга келиши билан сариқ рангга киради. Бу ҳужайраларда липидлар вужудга келади (асосан фосфатидлар ва цереброзидлар гуруҳи tunica interna ҳужайралари ҳам тека-лютеинли ҳужайраларга айланади.

Сариқ тана тараққиёти 4 босқичдан иборат.

1. Пролиферация, 2. Васкуляризация (қон билан таъминланиши), 3. Етилган, гуллаган босқич. 4. Дегенерация босқичи.

Биринчи босқичда ҳужайралар кўпайиб, фолликуляр эпителий сариқ ҳужайраларга айланади.

Иккинчи босқичда сариқ тўқима қон томирлар билан таъминланади. Бунда tunica interna томонидан майда капиллярлар барча қўшимча тўқима толалари сариқ тана томонга йўналади. Бу ҳар икки босқичнинг кечиши 2-4 кун давом этади. Кейин сариқ тана гуллайди, бу босқич 10-12 кун давом этади. Агар тухум ҳужайра сперматозоид билан қўшилмаса сариқ тана тараққиёти орқага қайтади.

Сариқ тананинг орқага қайтиб сўнишида сариқ ҳужайралар кичиклашади, ядролари пикнозга учрайди. Шу ерда катта томчи ёки тугун (глибок) кўринишида цитоплазмада нейтрал мойлар тўпланади. Парчаланаётган сариқ тана ҳужайралари ўрнини қўшувчи тўқима қоплайди 1 $^1/_2$ — 2 ой ўтгандан кейин сариқ тана ўрнида гиалинли оқ тана (corpus albicans) вужудга келиб, кейин бутунлай шимилиб кетади.

Агар тухум ҳужайра сперматозоид билан қўшилса ҳайз тўхтаб, ҳомиладорлик сариқ танаси вужудга келади.

IV БОБ

ҲОМИЛАДОРЛИК

Ҳомиладорлик аёл организмидаги жуда мураккаб биологик жараён бўлиб, бу жараённинг кечишида биринчи галда ҳомиладорликка қадар мавжуд барча циклик ўзга-

ришлар тўхташи ёки кечишининг ўзгариши юз беради. Чунки ҳомиладорлик бошланиши билан бу циклик ҳолат тўғри келмай қолади.

Амалиётда бу мураккаб бошқариш жараёнинг вақтинча блокада қилиниши билан ифодаланади. Чунки организмдаги циклик жараённи бошқаришда ва уни тартибга солишда бир қатор ички секреция безлари, аниқроғи гонадотроп гормон ишлаб чиқаришда гипофиз безининг аҳамияти каттадир. Бундан ташқари бошқа гормонлар (фақат сариқ тана гормонидан ташқари) таъсирини камайтириш учун гонадатропиннинг концентрацияси анча юқори бўлиши керак.

Хуллас, бу модда фақат ҳомиладорликда вужудга келиб, ҳомиладорлик тугаши билан бутунлай йўқолади. Агар аксинча бўлса, организмда узоқ давом этадиган оғир патологик ҳолат юз беради.

Ўзининг биологик хусусияти билан катта концентрацияли ХГ гипофиздан ажраладиган фолликулларнинг етилишига таъсир қиладиган гормонни ажралишига тўсқинлик қилади, натижада тухумдонда фолликул нормал тараққий этолмайди. Шунга кўра ҳомиладорликда тухумдонда ортиқ овуляция бўлмайди. Бунга сабаб ХГ гипоталамуснинг гипофиздан ажраладиган ФСГ, ЛГ гормонларни ажралишини таъминлайдиган рилизинг омилни блокада қилади. Аммо ҳомиладорликда сариқ тана унча талофот кўрмайди. Аксинча, ҳомиладорлик сариқ танаси бўлиб тараққиётда давом этади. Чунки ўзининг биологик фаоллиги билан ХГ гормон ЛГ дан фарқ қилмайди.

Ҳомиладорликнинг дастлабки ҳафталарида ХГ сариқ тана фаолиятини таъминлаб, кейинроқ эса бу механизмни тартибга солиб бошқаради. Шу йўсинда фетоплацентар комплекснинг стериод гормонлар биосинтези таъминланади. Ҳомиладорликнинг дастлабки ойларида, ҳали плацента етарли шаклланмаганда ХГ мураккаб гормонал жараённи бошқариш билан ҳомиладорликнинг нормал тараққий этишини таъминлайди.

Тўртинчи ойнинг охирида плацента морфологик ва функционал жиҳатдан тўла етилиши билан ХГ нинг вазифасини плацента эстрогенлари, гестагенлар ҳамда ХГ бажаради. Уларнинг концентрацияси ҳомиладорлик муд-

дати ошган сари ошади. Демак ХГ гормоннинг ажралиши билан организмнинг физиологик реакцияси чамбарчас боғлиқ бўлиб, ҳомиладорликни ўсиши ва сақланишини таъминлайди, ХГ нинг бу хусусияти ҳақида кўп изланишлар олиб борилди.

Хусусан С.Д.Булиенко ва бошқалар (1976) ҳомиладор қуёнларга ХГ ни 250 сичқон бирлигини (сичқон тана оғирлиги кг ҳисобида) юбориб, ҳомиладорликни эрта тўхташи ва ҳомила ўлимининг 5 баробар камайишига эришганлар.

Бу билан бирга ХГ гормон қора талоқ ва онанинг лимфа безларида ҳам ҳужайралар реакцияси тезлигини камайтиради.

Adcook ва бошқалар (1973) нинг фикрича, ХГ катта дозаси (1000—10000 сичқон бирлигида) фитогемоагглютининлар томонидан вужудга келтириладиган лимфоцитларнинг бластрансформациясини босади. Муаллифларнинг айтишича ХГ гормон ҳомиладорликдаги иммунологик реактивликни камайтиради, бу билан гормонларни жойли таъсир этишини таъминлайди.

Кўп олимларнинг текширишлари ХГ гормони иммунологик ҳолатга таъсир кўрсатади дейишга асос бўлади.

ХГ гормонидан биринчи марта Gemzel, Diczfalusy ва Tillinger (1958) лар дори сифатида фойдаланганлар. ХГ ни гипофиз экстракти билан аралаштириб ва бу билан 5 аёлни даволаб, улардан 4 тасининг тухумдонида поликистоз ва овуляцияни ҳамда сийдикда эстроген ва прегнандиолларни кўп ажралганини кузатганлар. ХГ гормонидан бирламчи ёки иккиламчи аменорея, менометроррагия, ановулятор циклда тухумдон ва гипофизлар фаолиятини етишмаслигида фойдаланиш айниқса ўринлидир.

Юқорида қайд қилиб ўтилганлардан ташқари, ХГ адипозогенитал дистрофияда, крипторхизмда, гипогенитализм, жинсий етишмасликнинг кечиккан ҳолати, инфантилизм, балоғатга етиш ёшидаги қон кетишда фойдаланилади.

Акушерлик амалиётида ўз-ўзидан бўладиган абортда Л.С.Персианинов, Diczfolusy, Klopper ва бошқалар эрта бошланиш хавфи бўлган, одатланган абортда ХГ гормо-

ни билан даволашни ҳайз тўхтагандан кейин бир неча кун ўтиши биланоқ бошлаш керак деб ҳисоблайдилар.

В.И.Бодяжина ва А.И.Любимова (1986) кам дозада 1500 сичқон бирлигида бир ҳафтада 1-2 марта прогестерон билан хориогонинни юбориш керак деб ҳисоблайдилар. Даволашни жуда эрта ҳали ҳомиладорликнинг клиник белгилари кўринмасдан бошлаб ҳомиладорликни 14-16 ҳафтасигача давом эттиришни тавсия этадилар.

ГОНАДОТРОПИННИ АНИҚЛАШ

ХГ ўзининг биологик ва иммунологик хусусиятлари билан ФСГ, ЛГ ва НМЦ гормонларига яқиндир. Шунинг учун лабораторияда ХГ ни аниқлаш реакцияси шунга асосланган бўлиб, ҳомила ҳолатини аниқлаш учун қўлланади, деган мулоҳаза унча тўғри эмас.

Ҳомиладорликда жинсий аъзоларда бўладиган ўзгаришлар бачадоннинг катталашиб юмшаши, бачадон бўйнининг қин қисми ва қин девори рангининг ўзгариши (кўкариш каби) билан бирга биологик реакция ҳомиладорликка ташхис қўйишга имкон беради.

ХГ гормони бир қатор патологик ҳолатларда (елбўғоз, хорионэпителиома ва бошқалар) ҳам мусбат бўлади, аммо бунда анча суюлтирилган сийдикда ҳам реакциянинг мусбатлиги кузатилади, чунки бу хилдаги патологик ҳолатларда ХГ концентрацияси юқори бўлади. Ҳомиладорликни бошқа белгилар қатори ХГ га қўйилган реакция ҳам тасдиқлайди.

БИОЛОГИК УСУЛ

Ҳомиладорликнинг эрта муддатини аниқлашда Ашгейм — Цондек реакцияси биринчи классик усулдир.

Ҳомиладорликни аниқлаш учун аёлнинг 30 мл эрталабки сийдиги олиниб, унга 30 мл эфир аралаштирилади, эфир учиб кетгандан кейин сийдикдан 5 мл ни урғочи, тўла тараққий қилмаган оқ сичқоннинг (инфантил сичқонни 3-4 ҳафтали, оғирлиги 6-8 грамм) териси остига юборилади. 48 соат давомида ҳар 12 соатда буни қайтариб, 72 соатдан кейин қин суртмаси олинади. 92 (баъзилар 75 соатдан кейин) соатдан сўнг сичқонни ўлдири-

либ, унинг тухумдони, бачадони кўздан кечирилиб, суртма олинади. Ашгейм — Цондек реакцияси натижаси 3 босқичда ифодаланади:

1) фолликуллар ва тухум ҳужайрасининг етилиши;

2) қонли нуқта ibludpunctum яъни фолликулларни катталашиб ёрилиши ва унга қон қуйилиши;

3) чин сариқ тананинг вужудга келиши.

Биринчи ҳолат ҳомиладорлик учун характерли эмас. Буни менопаузада, баъзан эндокрин тизимнинг фаолияти бузилганда, жинсий аъзоларда карцинома бўлганда ҳам кузатиш мумкин.

1 ва 2 реакциялар фақат ҳомиладорликда, елбўғозда, хорионэпителиомада мусбат бўлади.

Агар макроскопик текширишда буни аниқлаб бўлмаса, унда тухумдонни гистологик усулда текшириш лозим бўлади.

Ашгейм — Цондек реакцияси анча сезгир ва аниқ реакциялардан ҳисобланиб, специфик хусусиятга эга, бунда 98% аниқ жавоб олиш мумкин.

ФРИДМАН РЕАКЦИЯСИ

Урғочи жинсий етилган қуённинг қулоқ венасига ҳомиладор аёл сийдигидан 4 мл дан 6 маротаба астасекин (сийдик эрталабки бўлиши керак) юборилади, 48 соатдан кейин уни қорни ёрилиб тухумдони кўздан кечирилади. Агар реакция мусбат бўлса фолликуллар катталашиб (уларнинг кўпчилигида қон қуйқалари бўлади), сариқ тананинг дастлабки тараққиёти кузатилади. Бундан ташқари, қиндан олинган суртмани текшириш йўли билан ҳам ташхисни тасдиқлашга эришиш мумкин. Бу мақсадда Райприх ва Куперманлар каламушдан фойдаланганлар.

Англия-Саксония давлатларида ва ғарбий Африкада Хогбен усули кўпроқ қўлланиб бунда Хепорис lacvis туркумига кирувчи бақадан фойдаланади. Уларга ҳар 2 соатда 2 марта 2 мл дан қон зардоби юборилади. Бундан кейин уни бошқалардан ажратиб аквариумда 24 соат сақланади. Агар реакция мусбат бўлса, у 300 тагача кўз билан кўриш мумкин бўлган тухум ажратади.

Бизда ва бир қатор давлатларда кўпроқ Галли-Майнини реакциясидан фойдаланилади.

Эркак жинсига мансуб балчиқ бақаси (Rona esculenta riole Runde) ёки бошқа турдаги бақаларда, хусусан Bufa viridis, Rona temporaria ва бошқалардан ҳам фойдаланиш мумкин.

Бақанинг эркак жинсига хослигини бош қисмидаги резонатор ва олдинги оёғидаги ёстиқчалардан билиш мумкин. Уларга бир неча кун овқат бермасдан оқаётган сувда ажратилган ҳолда сақланади.

Реакцияни бошлашдан олдин клоакасида сперматозоид бор-йўқлиги аниқланади. Агар сперматозоид бўлса бу бақа реакция қилиш учун ярамайди.

Аёлни эрталабки сийдигидан 2-4 мл ни бақанинг териси остига юборилади. Бунда нинани бақа орқасидаги лимфа халтачасига йўналтирилади. Реакция қўйиш учун 2 та бақа етарли. Реакцияни қўйиб бўлгач бақани айрим идишда бир оз сув ичида сақланади. Баъзан бақаларда қисқа муддатли шок бўлиб, улар ҳалок бўлишлари мумкин.

Реакция натижаси кўпинча 4 соатдан кейин текширилади. Ҳар соатда 8 соат давомида текшириб туриш ҳам мумкин.

Кўп лабораторияларда 2 соатдан кейин текшириш ўтказилади. Микроскопда текшириш учун томизғич ёрдамида бақа клоакасидан томчи олиб буюм ойнаси устига томизилади. Агар реакция мусбат бўлса, уларнинг тестикули сперматозоид ажратади. Микроскопнинг ўртача катталикда кўрсатадиган ойнасида ҳаракатчан, четлари ўткир, майда таёқчасимон сперматозоидлар кўринади.

Сепрматозоидларнинг миқдорига қараб реакция 1-2-3-4 мусбат белгиси билан белгиланади. Бир маротаба фойдаланилган бақадан 2 ҳафтадан кейин яна фойдаланиш мумкин.

Бақадан бир маротаба фойдаланиш мақсадга муофиқдир. Бу реакция деярли 90% ҳолларда тўғри натижа бериши мумкин.

Кўп муаллифларнинг амалиётда кузатишларича аниқ натижа олиш учун бақанинг жинсий етилган ёки етилмаганлиги, иқлим, шароит ва бир қатор бошқа омиллар таъ-

сир кўрсатиши мумкин. Масалан, бақалар ҳаётининг 4 йили охирида жинсий жиҳатдан етилган бўлади. Совуқ иқлим салбий таъсир кўрсатади. Шунга кўра бундай ҳолларда бошқа реакциялар (Ашгейм-Цондек, иммунологик ва бошқа) дан фойдаланишни тавсия этилади.

КИМЁВИЙ УСУЛ

Биологик усул анча узоқ вақт талаб қилгани учун кўп муаллифлар бошқа усуллардан фойдаланишни тавсия қиладилар.

Сийдикдаги гормонларни кимёвий усулда текшириш кутилган натижани бермаган. Сийдикда ҳомиладорликка хос бўлмаган моддалар (гистидин, адреналин ва бошқалар)ни учратганлар, эстроген ва прегнандиол концентрациясини аниқлаш ёрдамида ҳомиладорликни белгилаш мумкин деб ҳисоблаганлар. Аммо буларни текшириш анча мураккаб, чунки бунинг учун катта лабораториялар лозим бўлади.

Ҳомиладорликни дастлабки биринчи ойида бу гормонлар концентрацияси кам бўлиши сабабли ташхис қўйишда анча ноаниқлик бўлиши мумкин. Шуни назарда тутган ҳолда муаллифлар ХГ ни аниқлашда турли усуллардан фойдаланганлар. ХГ келиб чиқиши билан глюкопротеинларга боғлиқ эканлигини назарда тутган ҳолда (Balle Hlaers, 1957) гликопротеинларни полиграфик усулда аниқлашни тадбиқ этган. Рубоск (1959) гидролизланган сийдик экстрактида ХГ бирикмасига киradиган сахаридларни аниқлашда галактозани текширишдан фойдаланган. Аммо юқорида келтирилган усуллар чегараланган натижага эга бўлиб, анча мураккаб ва қийиндир. Шунга кўра ҳозирда бу усулдан фойдаланилмайди.

ИММУНОЛОГИК УСУЛ

Биринчи маротаба 1935 йилда Zondea ҳайвонга давомли равишда ХГ юбориш натижасида унинг сийдигида специфик антителолар вужудга келганини исбот қилган.

Радиологик ва хроматографик усул ўрганилгандан кейингина протеин гормони таркибини, ҳолатини, доза-

сини белгилаш мумкин бўлди. Шунгача бу усулдан фойдаланиш учун лозим шароит бўлмаган.

Бу усуллар ёрдамида ХГ ни тоза ҳолда олиш ва ундан юқори титрли, юқори специфик антизардоб олиш учун имконият яратилди. Бир вақтда инсондаги ХГ ни аниқлашда 3 та турлича усуллар аниқланди.

1. Преципитация реакцияси (Mackean, 1960).

2. Комплементни боғлаш реакцияси (Brody Caristrom, 1960).

3. Суст гемаагглютинациянинг тормозланиш реакцияси (Strousser 1960, Wide, Gemzell, 1960).

Амалиётда Wide ва Gemzell усули (гемаагглютинацион усул) кўпроқ тарқалган.

Salk (1944) ни кузатишича, эритроцитлар суспензияси тўқ жигар ранг ҳалқа шаклида бўлиб чўкиш хусусиятига эга. Бунинг учун найча думалоқ, таги текис бўлиши керак. Эритроцитларни бу ҳолатда жойлашишларининг сабаби тўла ўрганилмаган.

1960 йилда Wide ва Gamzell лар ҳомиладорликка ташхис қўйишда иммунокимё усулни тадбиқ этганлар.

Бу усул қуйидагилардан иборат:

Агар эритроцитлар (фақат қўй эритроцитини) формалин ва танин билан ишланганда, улар ўз юзаларида ХГ молекуласини абсорбция қилиш хусусиятига эга бўладилар. Шу йўсинда сенсибилизацияланган эритроцитлар антизардоб иштирокида тўғридан-тўғри антихорионгонадотропин антителосига сезгир бўлади. Бундай реакцияда ҳақиқий агглютинация бўлмайди, бунда эритроцитлар йиғиндиси вужудга келади, буни кўз билан ёки микроскоп остида кўриш мумкин (қон группасини аниқлаган каби).

Бора-бора агглютинациядаги каби ҳолат кузатилади, чунки бунда эритроцитлар пробирка тубида тўқ қизил, жигар ранг ҳалқа ҳосил қилиш қобилиятини йўқотади.

Salk нинг шунга ўхшаш назарияси илмий адабиётларда келтирилган. Wide ва Gamzel лар ёлғон агглютинациядан жуда ўринли фойдаланганлар. Бу усул ёрдамида антиген-антител реакциясидан ҳомиладорликка ташхис қўйишда ишончарли натижа олиш мумкинлигини, бунда ХГ нинг майда молекулалари анча йирик эритроцитлар билан боғлиқлиги ва инерт ташувчилик хизматини бажа-

рувчи антиген ролини ўйнашини кўрсатиб ўтганлар. Антихорионгонадотропин танада сақланувчи антизардоб иштирокида, сенсибилизация қилинган эритроцитлар гемагглютинация кўринишида таъвирланади. Буни жигар ранг ҳалқа кўринишида кузатиш мумкин. Шу билан бирга эритроцитлар пробирка тубида бир текис юпқа сариқ қават ҳосил қилиши кузатилади.

Агар у ХГ тутган сийдик билан аралаштирилса булар орасида антиген-антитело реакцияси вужудга келади. Бунда қўшилган эритроцитлар агглютинацияга учрамайди (гемагглютинация тормозланади) ва пробирка тубида тўқ жигар ранг ҳалқа сифатида чўкма пайдо бўлади. Бундай ҳолатни ҳомиладорликни белгилашдаги реакция мусбат деб ҳисобланади. Бу ҳолат кузатилмаса реакция манфий бўлади.

Wide ва Gemzel реакцияларини ноқулайлиги:

1) доим янги эритроцитлар билан ишлаш зарурлиги;

2) специфик бўлмаган агглютинация бўлиши мумкинлиги, натижада нотўғри талқин этиш эҳтимоли;

3) эритроцит ва зардобни махсус муҳитда сақлаш лозимлигидан иборат.

Шу келтирилган ноқулайликни олдини олиш мақсадида совутиш усули билан эритроцит ва антизардобни қуритиш ва уларни махсус ампулаларга солиш йўли билан шу ҳолатда биологик материални 2 йил давмида тўла сифатли ҳолатда сақлаш мумкин бўлади. Аммо реакция қилишда олдин буфер эритмасини тайёрлаш лозим бўлади, бу анча ноқулайлик туғдиради.

Бу усул ҳам амалиётда натижа бермагани учун қўй эритроцитини ўрнига баъзи муаллифларнинг айтишларича, синтетик материал — латексни ишлатишни ўринли деб ҳисоблайдилар. Латекснинг ижобий томонларидан:

1) синтетик материал бўлганига кўра анча узоқ сақланади;

2) латекс қисман ХГ молекулаларига ёпишади, чунки улар антигенларнинг инерт ташувчилари сифатида уларнинг ўрнини босиш қобилиятига эга;

3) синтетик гонадотропин аралашмаси. У узоқ вақт шу ҳолатда сақланади, турғун, ҳаммавақт ишлатиш мумкин, амалиётда жуда қулай;

4) антизардоб мавжудлигида реакция чин агглютинация кўринишида бўлади. Буни кўз билан кўриш мумкин.

5) реакция натижаси бир неча минутдан сўнг аниқ бўлади. Аммо гемагглютинация учун 2 соат керак, шунга кўра бу усул анча афзал.

Юқорида келтирилган усуллардан фойдаланиб қилинган реакциянинг кечишини қуйидагича тасаввур этиш мумкин.

Агар аёл ҳомиладор бўлса сийдикдаги ХГ (биринчи антиген) зардобдаги антителолар билан бирикади ва уларни нейтраллайди. Бунга индикатор (иккинчи антиген) бўш антитело бўлмагани учун ҳеч қандай ўзгариш кузатилмайди. Агглютинациянинг бўлмаслиги реакцияни мусбатлигини кўрсатади. Агар ҳомиладор аёл сийдигида ХГ бўлмаса (антиген) бунда антитело бўш қолади ва бунда ХГ молекуласи билан индикатор аралаштирилганда ХГ молекуласи билан эритроцит ёки латекс қисмлари орасида антиген — антитело реакцияси кузатилади.

Бу ҳолат ҳомиладорлик йўқлигини кўрсатади. Чунки реакция манфий бўлади.

РАДИОИЗОТОП УСУЛ

Радиоиммунологик усул-радиоизотоп ва иммунологик усуллар биргаликда қўлланиши билан характерланиб, асосан бу микроанализдан иборат бўлиб, ўзининг спецификлиги, сезгирлиги ва аниқлиги билан характерланади. В.П.Филатов, Н.А.Стрельцова, Behmam, Berson ва бошқаларнинг фикрича, бу усул плазма ва қондаги оқсил ҳамда полипептид гормонларини аниқлашда асосий танланган усуллардан ҳисобланади. Бунинг асосида иммунологик реакция — антиген-антитело ётади.

Аниқланиши керак бўлган гормон антиген сифатида таъсир қилади. У специфик антителолар билан реакцияга киришади. Реакциянинг кучли ёки кучсиз бўлиши қондаги гормон концентрациясига боғлиқ бўлади.

Бу ҳолатни аниқлашда шу хилдаги олдиндан радиоактив изотоп билан таъсирлантирилган нишонланган гормоннинг радиоактивлиги аниқланади. Шу мақсадда: а) плазма ёки зардобда ЛГ ни бор йўқлиги аниқланади; б) специфик антитело олинади; в) концентрацияси ва ра-

диоактив ҳолати аниқ бўлган ЛГ нинг стандарт тури олинади. Реакция даврида нишонланган таъсирланмаган тур ўртасида антитела билан қўшилиш учун кураш кетади.

Концентрацияси юқори бўлган икки гормондан бирига катта миқдорда антитело боғланади. Натижада антиген-антителонинг бир комплекси вужудга келади (нишонланган ва нишонламаган гормон).

Шу шароитда қўшимча иммунологик реакция вужудга келиб, натижада иккинчи антитело комплекс билан бирикиб, уни преципитациялайди. Кейин натрий хлор изотоник эритма ичида одатдаги центрифуга ёрдамида ажратилади.

Автоматик гамма-ҳисоблаш аппарати ёрдамида бириккан (преципитат) ва боғланмаган гормон концентрациясини айрим ўлчанади. Ҳар иккаласининг реактивлигини солиштириб, B-F нисбати олинади (B- боғлиқ бўлган, F-боғлиқ бўлмаган гормон миқдори белгиланади). Бу миқдор олдиндан тайёрланган жадвал ёрдамида фоизларда белгиланади.

Даражаларга бўлинган эгри чизиқ ҳар бир текшириш учун алоҳида бўлади. Агар плазма ўрнига маълум фаол бўлган стандарт ЛГ эритмаси ишлатилса, радиоиммунологик реакция суст кечади (одатда, 5-7 кун давом этади). Яширин даври ҳам анча вақтни олади. Бундан ташқари, текширишда ишлатиладиган бир қатор компонентлар ўз вақтида тайёрланади ёки тайёр ҳолда ишлатилади. Улар фақат 2-3 кун яроқли саналади. Бу усулдан фойдаланиш учун махсус жиҳозланган лаборатория талаб этилади.

Бояги камчиликларга қарамасдан радиоиммунологик усул жуда пухта ва мукаммал усул саналади.

ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ ЭКСПРЕСС-ТАШХИСИ

Охирги вақтда ҳомиладорликнинг илк муддатларини (7-28 куни) аниқлаш учун лаборатория ёки уй шароитида ғарб давлатлари ва АҚШ да фармацевтик фирмаларида ишлаб чиқарилаётган экспресс тестлар кенг қўлланмоқда. Бу текширувлар аёл сийдигидаги ҳомиладорлик даврига хос ХГ гормонни тезкор иммунологик текширувига асосланган. Бу тестлар бир неча минут давомида юқори даражали аниқлик билан ҳомиладорлик бор ёки йўқлигини аниқлашга имконият яратади.

V БОБ

ҲОМИЛА

Ҳомиладорлик даври 280 кун ёки 10 акушерлик ойи, 40 ҳафта давом этади деб айтиб ўтган эдик. Шу муддат давомида уруғланган тухум ҳужайрасидан биринчи икки ой ичида одам эмбриони, сўнгги ойларда эса ҳомила тараққий қилади. Эмбрионнинг биринчи икки ойдаги ҳаётини одам эмбриони деб ҳисоблаш мумкин бўлмайди. Чунки уни ҳайвон эмбрионидан фарқлаш қийин бўлади.

Акушерликнинг учинчи ойи охирларида одамга хос белгилар пайдо бўлади ва у ҳомила номини олади. Бу вақтда ҳомила узунлиги 9 см, оғирлиги 20-25 г бўлиб, қўл-оёқлари шаклланади. Боши билан танасининг узунлик мутаносиблиги нормаллаша бошлайди, иккинчи ой охирига қадар боши билан танасининг узунлиги бир хил бўлади.

Учинчи ой охирида оёқ-қўл бармоқлари ва улардаги тирноқларнинг бошланғич аломатлари ҳам кўрина бошлайди. Ташқи жинсий аъзоларнинг дифференциацияси (шаклланиши) кузатилади. Ҳомила оёқ-қўлларини қимирлата бошлайди, лекин бу ҳаракатлар ҳали суст бўлгани учун, она сезмайди.

Тўртинчи ойнинг охирларида ҳомиланинг жинси аниқ билиниб, унинг қўл-оёқлари фаолроқ қимирлайди. Ҳомила териси жуда юпқа, қизғиш рангда бўлиб, тери ости ёғ қавати бўлмайди. Бу даврда ҳомиланинг узунлиги 12 смга, оғирлиги эса 120 г га етади.

Бешинчи ой охирларида ҳомилада пайдо бўлган мой безларидан ёғ ажрала бошлайди. Ажралган ёғ билан кўчган тери эпидермиси (қипиғи) аралашиб кулранг ёғни ҳосил қилади (Vernis Caseosa). У ҳомиланинг бутун танасини қоплайди. Бу даврга келиб ҳомиланинг териси тўқ қизил рангга киради ва майин туклар билан қопланган бўлади.

Ҳомиладор аёлнинг қорин девори акушерлик стетоскопи, "Малыш" ва бошқа тиббий асбоблар ёрдамида эшитиб кўрилганда ҳомиланинг юрак уриши эшитилади. Ҳомиланинг оёқ-қўллари онага сезиларли даражада кучли қимирлайди.

Ҳомила ичакларида ўт билан бўялган ахлат (меконий) бўлади. Бу вақтда ҳомиланинг узунлиги 25-26 см, оғирлиги 250-300 гр бўлиб бошининг узунлиги ҳомиланинг умумий узунлигининг учдан бир қисмини ташкил қилади.

Олтинчи ой охирида ҳомиланинг териси қариларникига ўхшаб буришган, боши ва танасининг ҳамма қисми туклар билан қопланган, қулоқ ва бурун тоғайлари юмшоқ, тирноқлар бармоқ учларига етмаган, ўғил болаларда мояк ҳали мояк халтасига тушмаган бўлади. Қизларда эса кичик жинсий лаб ва клитор ҳамда катта жинсий лаблар ўсиб етишмаганлиги сабабли ташқи жинсий аъзо тешиги ҳали ёпилмаган бўлади.

Етти ойлик туғилган болани махсус белгиланган шароитда парвариш қилинса яшаб кетиши мумкин. Бу вақтда ҳомиланинг узунлиги 35 см, оғирлиги 1000-1200 г бўлади.

Саккизинчи ой охирида ҳомила териси анча текисланиб, майин туклар билан қопланади.

Бу муддатда туғилган болани ҳам 7 ойлик туғилган бола каби парвариш қилинса, яшаб кетиши мумкин. Бу вақтда ҳомиланинг узунлиги 40 см, оғирлиги 1500-1600 гр бўлади.

Тўққизинчи ой охирида ҳомиланинг териси остидаги ёғ қатлами анча кўпайиши натижасида унинг терисидаги буришганлик йўқолиб, текисланади ва оч пушти рангли бўлиб қолади. Туклар камаяди, бошидаги сочлар узунлашади, тирноқлар ўсиб бармоқ учларига етади. Қулоқ, бурун тоғайлари анча қаттиқлашади. Ҳомила етила бошлайди. Туғилган заҳоти қаттиқ йиғлайди. Кўзини бемалол оча олади ва одатда кўкракни эмади. Бундай ҳомила деярли яшашга қобилиятли бўлади. Бу вақтда ҳомиланинг узунлиги 45 см, оғирлиги 2460-2500 гр бўлади.

Акушерлик ойининг ўнинчи ойи давомида ҳомиладаги камчиликлар бутунлай йўқолади. Ўнинчи ой охирида ҳомила тўлиқ етилади. Териси оч пушти рангда, тирноқлари ўсиб бармоқлари учига етади.

Агар ҳомиладорликнинг бешинчи ойида ҳомиланинг боши унинг умумий узунлигининг учдан бир қисмини ташкил қилса, ўнинчи ой охирида тўртдан бирини ташкил қилиб, ҳомиланинг боши билан танасининг бир-

бирига нисбатан узунлиги нормаллашади. Бу муддатда ҳомиланинг бўйи 50-52 см га, оғирлиги 3200-3600 г га етади.

Ҳомиланинг ой-куни етилиб туғилганлигини, унинг оғирлиги ва бўйини ўлчаш йўли билан аниқланади. Оғирлиги ва бўйидан ташқари, тери остидаги ёғ қатлами етарли тараққий қилганлиги сабабли ҳомила шаклининг думалоқлашиши терисининг оч пушти рангга кириши, тери юзасида кулрангсимон мой пайдо бўлиши, қулоқ ва бурун тоғайларининг қаттиқлашиб таранглашиши, бошдаги сочининг узунлиги 2-3 см ва ундан ошиқ бўлиши, тирноқларининг бармоқ учига етиши, ўғил болалар моягининг мояк халтасига тушиши, қиз болаларнинг кичик жинсий лаблари ва клитори катта жинсий лаблар билан ёпилиши каби белгилар ҳомиланинг етилиб туғилганини кўрсатади.

Етилган ҳомиланинг ҳаракатлари фаол бўлади ва қичқириб йиғлайди. Ҳомила бўйининг нормал бўлиши унинг етуклигини кўрсатувчи асосий белгилардан биридир. Ҳомила узунлиги уни ётқизиб ўлчанилади. Муаллифлар чақалоқнинг узунлигига қараб унинг неча ойли эканини аниқлашнинг бир неча схемасини таклиф қилганлар. Бу схемалар орасида Гаазе (Haase) жадвали кенг тарқалгандир.

1-жадвал

Гаазе жадвали

Ҳомиладорликнинг ойлари	Ҳомила бўйини ҳисоблаш	Ҳомила бўйининг узунлиги (см ҳисобида)	Ҳомиладорликнинг охирги ойида	Ҳомила бўйини ҳисоблаш	Ҳомила бўйининг узунлиги, см ҳисобида
I	1×1	1	VI	6×5	30
II	2×2	4	VII	7×5	35
III	3×3	9	VIII	8×5	40
IV	4×4	16	IX	9×5	45
V	5×5	25	X	10×5	50

Бу жадвал бўйича акушерлик ойининг биринчи 5 ойида ҳомиланинг бўйи, ой сонини ўз-ўзига кўпайтирилганда (квадратга кўтарилганда) чиққан сонга тенг бўлади, 6 ойликдан бошлаб ой сонини 5 га кўпайтирилади.

Ҳомила узунлиги ҳақидаги юқорида берилган маълумотлар албатта ўрта ҳисобда бўлиб, ота-онанинг ёшига, турмуш шароитига қараб узун ёки калта бўлиши ҳам мумкин.

2-жадвал

Ҳомиладорликнинг турли муддатларида ҳомила оғирлигини кўрсатувчи жадвал

Ҳомиланинг неча ойлиги	Ҳомиланинг тахминий ўртача вазни (г ҳисобида)	Ҳомиланинг неча ойлиги	Ҳомиланинг тахминий ўртача вазни (г ҳисобида)
III	20—25	VII	1000—1200
IV	120	VIII	1500—1600
V	280—300	IX	2400—2500
VI	600—680	X	3200—3700

ПЛАЦЕНТА ВА ҲОМИЛА ПАРДАЛАРИ

Плацентага бир тўсиқ сифатида (барьер) қараш ҳақида турли назариялар бўлиб, буларни ўрганиш асосий омиллардан ҳисобланади.

Илгариги назарияларга кўра плацента бир тўсиқ (барьер) сифатидаги аъзо ҳисобланган. Уни ярим ўтказувчи мембрана деб ҳисоблаб диффузия ва осмос қонунига асосланган ҳолда ярим мембрана сифатида роль ўйнайди, деб фикр юритилар эди.

Сўнги йигирма йил давомида одам плацентасининг она ва ҳомила ўртасидаги модда алмашинувига фаол таъсир қилувчи деб ҳисоблаб, плацента фаолиятининг нормал физиологик жараёнда кечишини назорат қилиб бориш, ҳомиладорлик патологиясида плацента фаолиятини изга солиш, дори препаратлари ва гормонлардан фойдаланишда шуларни ҳисобга олиш керак бўлади.

Биз қуйида плацента анатомияси ва физиологиясини тўғри тасаввур қилиш учун унинг тараққиёт жараёнига қисқача тўхталиб ўтамиз.

Плацентанинг биологик аҳамиятини ва унинг энг асосий физиологик хусусияти бўлган плацентар тўсиқни (барьер) тўғри англашда унинг эволюциясини ўрганиш катта аҳамиятга эга.

Одам такомиллашган сари унга хос бўлган бир қатор ўзгаришлар вужудга келиши билан ҳайвонлардан фарқ қилади.

Эмбрион тараққиётининг дастлабки ҳафталарида шу даврга хос морфологик ўзгаришлардан она организмига бирикиши ҳақида гап бормаганлиги сабабли эмбрион ҳаётининг 2-3 ҳафталаридаги тараққиётини тўғри тасаввур қилиш анча мураккаб бўлиб, шунга кўра бу эмбриогенез жараёнини ўрганиш ҳайвонларда, хусусан маймунларда олиб борилади. Тухум ҳужайра сперматозоид билан қўшилгандан кейин, бачадон найчасида зигота — бир ҳужайрали эмбрион вужудга келади, ўз навбатида у бўлина бошлайди, ҳужайралар миқдори бир неча ўн баробар кўпаяди. Ҳужайралар бўлинишида (бластомерлар) эмбрион шакллана бошлайди, бунда у тут донасига ўхшаб кетади. Бу ҳолат эмбрион вужудга келишини (2 та бластомердан кейинок) кўрсатади. Бунда, дастлаб 3 та кейин эса 5,8,11 бластомерлар кузатилади.

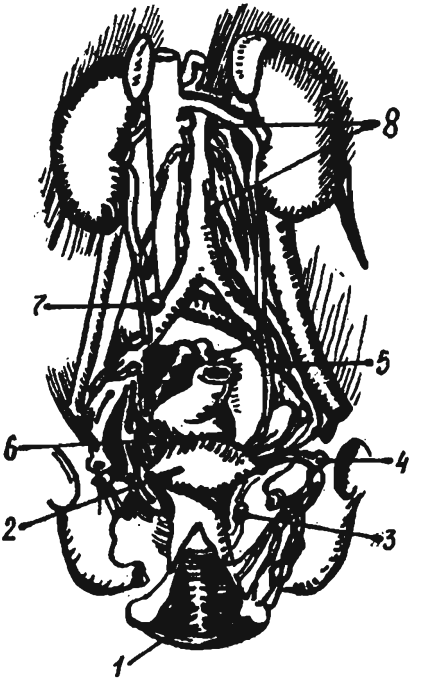
Эмбриоппинг дастлабки тараққиёт босқичида турли бластомерлар тури кўринади. Улардан баъзилари катта ва қорамтир, бошқалари кичикроқ, тиниқ бўлади.

Кичик ҳажмдагилар миқдори жиҳатидан кўпая боради ва ҳар томондан бошқа турдаги бластомерларни ўраб олади (катта ва қорамтирларни). Шундай қилиб, одам эмбрионн ўз тараққиётининг дастлабки кунларида икки қават ҳужайрага эга бўлади. Ташқи қават унча катта бўлмаган тиниқ ҳужайрадан тузилган бўлиб, у трофобластни вужудга келтиради, трофобласт эса ўз навбатида жуда эрта диференцияланади ва бачадон деворига яқинлашиб, эндометрий билан бирикади.

Иккинчи катта ва қорароқ ҳужайралардан тузилган қават эмбриобласт номи билан юритилади. Шу эмбриобластдан эмбрион ва унинг аъзолари шаклланиб, у бачадондаги таъминотни бажаради, эмбриоппинг шу босқичи бошқа ҳайвонлардаги морула босқичига ўхшаб кетади.

Эмбриоппинг кейинги тараққиётида бластодермал пуфакчалар вужуга келади, у бачадон найчаларида бўлганидаёқ ўз кўринишини ўзгартиради. Ҳужайралар орасида бўшлиқ вужудга келиб, у суюқлик билан тўлади, натижада ҳужайраларнинг жойлашиши ўзгаради (6-расм).

Бир қават ҳужайрадан иборат бўлган трофобласт, бластоцитлар деворини ҳосил қилади. Эмбриоиннинг трофобластга яқин четида эмбриобласт вужудга келиб, бу бир туркум ҳужайралардан тузилган бўлади. Бластоцит бўшлиғи суюқлик билан тўлади ва у борган сари кўпая боради. Бу эмбриоиннинг бачадонга бирикишигача бўлган ҳолатдир. У найчада 3 кун туради.

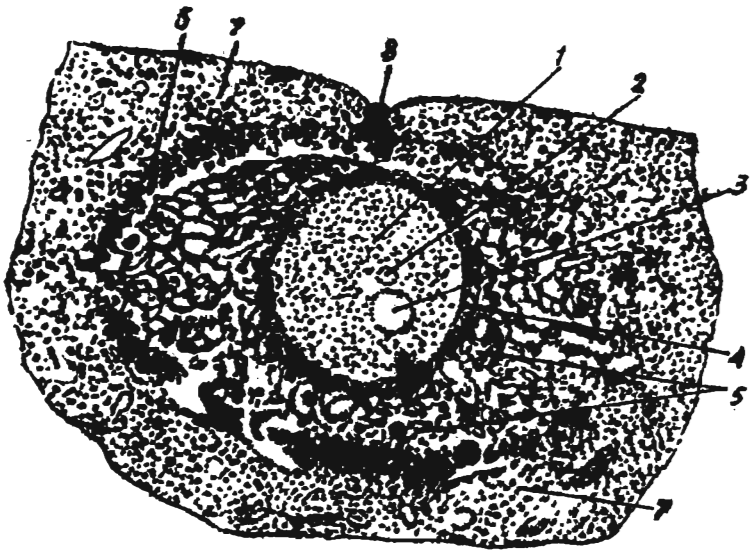


6-расм. Жинсий аъзоларнинг лимфа системаси:
1-қин; 2-бачадон; 3-бачадон атрофидаги безлар; 4-чов безлари; 5-қорин безлари; 6-думғаза безлари; 7-ёнбош безлари; 8-аорта безлари.

Ҳужайралар бўлиниш даврида эмбирон материалларининг ажралиши (провизор ва дефинтив) бошланади. Энг биринчи хорион эпителиясини ташкил қилувчи трофобласт, кейин мезенхимага айланувчи провизор мезодерма ажралади. В. А. Васильева ва Т.Ф.Гринбергни (1967) айтишича шундай қилиб хорион шаклланади. Эмбрионни эндометрийга ботиб кириб, бачадон шиллиқ қаватига жойлашишини имплантация дейилади. (7-расм).

Ҳомила билан она ўртасидаги мулоқат шу даврдан бошланади. Бу жараён анча мураккаб бўлиб, нейро-гуморал таъсири остида, она организми назоратида кечади. Бунда она тўқимаси-децидуал қават ва ҳомила тўқимаси трофобласт тўғридан-тўғри иштирок этади.

Эндометрийда децидуал ўзгариш ҳайз циклининг (овариал ҳайз цикли) иккинчи ярмида бошланади. Бачадон шиллиқ қавати ҳайз циклининг ҳар ойида тухум ҳужайрасини қабул қилишга тайёрланади. Децидуал қават ҳоми-



7-расм. Ҳомила тухумининг бачадон шиллиқ пардасига жойлашиши тугаган.

1-мезобласт; 2-эктобласт пуфакча; 3-энтобласт пуфакча; 4-трофобласт; 5-синцитий; 6-бачадон шиллиқ қаватининг кўчиб тушадиган ҳужайралари; 7-децидуал парда; 8-ҳомила тухуми шиллиқ пардага ботиб кирган жойини битиши.

ладорлик вужудга келгач, тўла шаклланади. Эндометрийнинг стромаси децидуал ҳужайраларга айланади. Бунда улар бир неча маротаба кўпайиб, баъзан 50 мкм га келади. Уларда модда алмашинуви ўзгаради. Буни исботи ўлароқ унда гликоген доналари ва липид томчилари аниқланади. Эндометрийда қон томирлар кенгайиб, строманинг гидрофиллиги ошади, коллаген ипларининг ҳолати ўзгаради.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ҳафтаси охирида децидуал қават тўла такомиллашади. Бу даврда децидуал қаватда булутсимон ва зич (компакт) қават вужудга келади. Булутсимон қават юмшоқ бўлиб, унда кўп бўшлиқлар ва эндометрий безларининг қолдиқлари бўлади.

Децидуал қават ҳужайралари аргирофил иплар ҳамда бир хил (гомоген) оксифил масса билан ажралган бўлади. Бунда кўп кенгайган қон томирлар бор. Зич (компакт) қават децидуал қаватга хос тўқимадан тузилган.

Децидуал қаватнинг қалинлиги энг етилган даврида 8 мм га боради. Кўчиб тушадиган базал (тубидаги) қават

ҳомила тухуми ўрнашган жойда бўлиб, эмбрионни миометрийдан ажратиб туради. Кўчиб тушувчи оралиқ парда бола туғилгандан кейин плацента билан бирга кўчиб тушади. Кўчиб тушувчи пардага ботиб кирган тухум тепасида осилиб турган децидуал қирғоқлар тухум ботиб кирган чуқурча тешигини аста-секин қоплаб, ёпади ва натижада тухум децидуал парданинг зич компакт қаватига ўралган ҳолда қолади.

Децидуал парда 3 қисмга бўлинади:

1) ҳомила тухуми билан мускул қавати орасидаги асосий парда қисми (decidua basalis);

2) бачадон ички юзаси томонидан ҳомила тухумини қоплаган парда (decidua capsullaris);

3) бачадон бўшлиғининг қолган ҳамма юзасини қоплаган парда (decidua parietalis) ёки чин кўчиб тушувчи парда.

Кўчиб тушадиган қаватда трофобласт таъсирида бошқа қисмларга нисбатан анча кўп ўзгаришлар кузатилади. Энг характерли ҳолатлардан қонли чўнтаклар (лакуна) дир. Улардан ворсинкалараро бўшлиқ шаклланади. Бу соҳада фибрионид модда жойлашган бўлади. Безлар билан бириктирувчи тўқима оралиғида турли шаклда кўп миқдорда улкан ҳужайраларнинг синцитиал трофобласт ҳамда цитотрофобласт элементларини учратиш мумкин.

Бундан ташқари, кўп миқдорда гиалиноз ва облитерация ҳолатдаги дегенерацияга учраган қон томирлар учрайди.

Децидуал ҳужайралар оралиғида лейкоцитар инфильтрация ҳолати кузатилади.

Децидуал ҳужайралар цитоплазмасида онда-сонда плазматик тўр, кўплаб митохондрий ва Wynn нинг (1967) айтишича, яхши тараққий қилган Гольжи аппаратини кўриш мумкин.

Ҳужайралар сатҳидаги микроворсинкалар бир-бири билан чатишган бўлади.

Ҳужайралар оралиғида аморф (шаклсиз) модда фибриноидлари кўп бўлиб, айрим коллаген ипларни учратиш мумкин.

Децидуал қаватдаги фибробластлар тикроқ бўлиб, уларнинг цитоплазмасида Гольжи аппарати ва эндоплазматик тўр каналчалари яхши тараққий қилган бўлади.

Э.Говерка (1970) фибробластларнинг децидуал ҳужайраларга айланишида ҳужайралар шакли ҳамда уларнинг цитокимёвий характеристикаси ҳам ўзгаради деб эътироф этади. Децидуал қаватнинг базал қаватида цитотрофобласт элементларини учратиш мумкин, булар фибриноид массасида бўлиб, уни кўчиб тушадиган парда элементларидан ажратиш қийин бўлади.

З.П.Жемкованинг (1957) фикрича, децидуал қаватда дифференциал белгилар билан биргаликда қон томирлар ҳамда анча каттароқ бўлган митохондрий ва яхши тараққий қилган эндоплазматик тўрни, цитотрофобласт ҳужайраларни учратиш мумкин. Базал қаватдаги кўп ядроли ҳужайралар ҳомила ҳамда онаники бўлиши мумкин. Она тўқимаси децидуал парда характерида функционал жиҳатдан анча мураккаб ва турличадир.

Эмбрионнинг эрта тараққиёт давридаги гистотрофик овқатланишда децидуал ҳужайраларнинг аҳамияти жуда катта.

Wislocku, Dempseg (1948) гистокимёвий усул билан децидуал ҳужайраларда оқсил модда, гликоген, липидлар, РНК, фосфатаза, гистаминаза, протеолитик ферментлар, Са ва Fe лар борлигини аниқлаганлар.

Децидуал парданинг ҳимоя қилиш хусусияти ҳомилани она қорнида бўлган инфекция ва токсинлар таъсиридан сақлаш билан бирга трофобластни чуқурга ортиқча тушиб кетишидан сақлайди. Аммо децидуалнинг ҳимоя қилиш хусусияти чегараланганини биз юқорида айтиб ўтган эдик.

Ҳомила тухуми бачадон эндометрийсига жойлашиши биланоқ трофобластнинг она тўқимасига теккан қисмида ўсимталар шаклланади. Бу 28 кунли ҳайз циклининг 20-кунида кузатилади (яъни овуляциядан сўнг 6-куни). Бу даврда одам бластоцити қитъаларга бўлинган бўлиб, ҳомила қитъаси унинг бачадон эндометрийсига бириккан жойига тўғри келади. Она организми билан ҳомиланинг дастлабки морфологик мулоқати трофобластларнинг ва бачадон эпителийларининг йиғилиши билан намоён бўлади. Baving 1959, Strauss (1917) лар, бу жараённинг биокимёвий қайта қурилиши эмбрионни анаэроб ҳолатдан аэроб ҳолатига ўтиши билан кечади деб талқин этадилар.

Трофобласт тез тараққий қила бошлайди. Эмбрион жойлашган соҳа тубида эпителий ости капиллярлари бўлиб, улар аэробли алмашув учун керакли шароит яратади. Бачадон эпителийсининг биокимёвий жиҳатдан ўзгариши унинг юмшашига ва бу ҳолат эса ўз навбатида трофобластнинг чуқурроқ жойлашишига имконият туғдиради.

Трофобластлар ишлаб чиқадиган протеолитик фермент шу ҳомила тухуми жойлашган ерда эпителийнигина эмас, қўшимча тўқима ва қон томирларни ҳам эритиб, бузади. Шунинг учун ҳомиланинг бу давридаги тараққиётини ўткинчи давр, яъни гистотроф овқатланишдан гемотроф овқатланишга ўтиш даври дейиш мумкин.

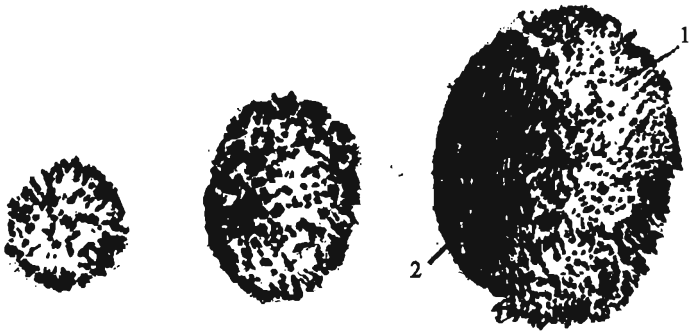
Эмбриогенезнинг дастлабки давридаёқ барча бластоцитлар эндометрий қалинлигига жойлашади, буни интерстициал жойлашиш (имплантация) деб аталади. 24 соат давомида бластоцитларнинг ярмидан кўпи 40 соат давомида ҳаммаси эндометрийга жойлашади.

А.Г.Кнорре (1967) нинг кузатишича, бачадон эпителийси ва қўшимча тўқима ҳисобига тухум ҳужайрасининг устки қисми бир неча кун давомида битади.

Эмбриогенезнинг иккинчи ҳафтасидан бошлаб трофобластда ворсинкалар шаклана бошлайди. Булар бирламчи ворсинкалар бўлиб, у ҳужайра тасмасига ўхшаш 20 дан 80 мкм гача бўлиб, фақат цитотрофобластдан ташкил топган бўлади (8-расм).

Ҳар бир тасма 3-5 қатор бўлиб, кўп бурчакли, баъзан нотўғри шаклли диаметри 16-20 мкм бўлади. Трофобластнинг она қони билан тегиб турган ерида ҳужайралардаги чегара йўқолади. Цитоплазма қорамтир рангга кириб, майда доначалар билан тўлган бўлади (Э.Говорка). Шу йўсинда ворсинкаларнинг ташқи қавати шаклланади. Булар қуйидагича номланади: плазмадиал, синцитиал, трофобласт ёки синцласт.

Дастлабки бирламчи ворсинкалар фақат эпителийдан шаклланиб, қисқа муддат давом этади. Бу билан бир вақтда бластодерма пуфакчаси ички девори сатҳида мезодерма ҳужайралари ўсади ва улардан кўчувчи тўқима элементлари тараққий қилади. Булар ўсиши натижасида бирламчи ворсинкаларни иккиламчи ворсинкага айлантиради.



8-расм. Хорионнинг тараққий этиши.
а. ҳомила тухуми ҳомиладорликнинг биринчи ойида (ворсинкалар бир текисда тараққий этган); б. ҳомила тухуми ҳомиладорликнинг иккинчи ойида; в. ҳомила тухуми ҳомиладорликнинг учинчи ойида; 1) chorion frondosum. 2) chorion laeve.

Бунда икки қаватли трофобласт нозик қўшимча тўқима билан қопланади.

Ворсинкаларнинг шаклланишидаги энг асосий ҳолат бириктирувчи тўқима қаватида қон томирларнинг вужудга келишидир.

Уларнинг вужудга келишини қуйидагича талқин қилинади:

Бир қатор муаллифларнинг фикрича, ҳомиладорликнинг учинчи ҳафтасининг бошлариданоқ киндик томирлари эмбрион танасидан амнион оёғи бўйича хорионнинг қўшимча тўқимаси томонга ўсади. Бу билан биргаликда хорион ворсинкалари ҳам ўсади. Б.Пэттен (1959) нинг фикр юритишича, хорион ворсинкалари эндометрийга кириш жараёнида шиллиқ қаватдаги қон томирлар билан жипслашиб, уларнинг деворини бузади. Қон шу ҳосил бўлган ерда йиғилиб, кўл вужудга келади ва она қони шу ерда қуюлади.

Шу даврда ворсинкалар қон томирга эга бўлиб, улар аллантоис орқали ҳомиланинг йўғон томирлари билан бирикади.

Шундай қилиб, ҳомила тухуми бачадон шиллиқ қаватига жойлашиши биланоқ (икки ҳафтадан кейин) эмбрионда одамга хос бўлган қон айланиши бошланади ва эмбрионнинг озиқланиши учун мураккаб механизм вужудга келади.

Шу йўсинда дастлабки ҳафтадан бошлаб она организми билан ҳомила ўртасида морфологик мулоқат вужудга келади.

Децидуал ҳамда хорионал пардалардаги ўзгаришлар ва функционал ҳолат бир-бирига боғлиқ бўлади.

Хорион ворсинкалари ҳомила тухуми сатҳида турли тезликда ўсади. Ҳомиладорликнинг учинчи ҳафтасида ворсинкалар ҳомила тухуми сатҳида деярли бир хил тақсимланади.

Децидуал парданинг базал қисмида ворсинка максимал узунликда бўлиб, 1 мм гача ўсади, уларнинг диаметри 110 дан 140 мкм гача боради. Кейинги тараққиёт давомида шохли хорион шаклланади.

Хорион ворсинкалари диаметри қон томирлар билан биргаликда 400 мкм га, узунлиги 2-2,7 мм га етади.

Ҳомила тухумининг қарама-қарши қисмидаги ҳомила пуфаги, унинг капсула сатҳидаги децидуал парда бир текисда хорион билан қопланиб, бу сатҳдаги ворсинкалар суст тараққий қилади, улар ингичка ва калта (0,8 дан 1 мкм гача) бўлади.

Демак, она организми билан ҳомиланинг боғланишида онанинг децидуал пардаси ва ҳомиланинг ворсинкали хорионн иштирок этар экан. Шундай қилиб, одам плацентаси гемохорионал типида бўлади.

Она қони хорионал ворсинкалар оралиғидаги бўшлиқда, ҳомила қони эса ворсинкалар тўқимасидаги қон томирларда бўлади. Шунга кўра она қони билан ҳомила қони аралашмайди. Ҳар икки қон айланиш (ҳомила ва онада) ташкилий жиҳатдан алоҳида бўлгани сабабли одамда плацента (барьер) вужудга келади. Бу барьерга хорионал ворсинкаларнинг трофобласт пардаси (базал қисмда жойлашгани) ва хорионнинг қўшувчи тўқима стромаси ҳамда ҳомиланинг ворсинкалардан ўтадиган қон томирлари киради.

Функционал жиҳатдан буларнинг аҳамияти жуда катта. Биринчи галда она қонидаги барча озуқа моддалар, кислород ва ҳомила қони шу барьерлардан ўтиши керак. Иккинчи галда эса ундан она қони озуқа моддалар ва кислород билан ҳомилани таъминлаб қайтади. Кислород ва озуқа моддаларга бой қон бошлаб аллантоис, кейин киндик қон томирлари орқали ҳомилага ўтади, шу йўсинда ҳомила

билан она ўртасида мулоқот бўлади. Плацента эндокрин аъзо сифатида ҳимоя қилиш фаолиятини бажаради.

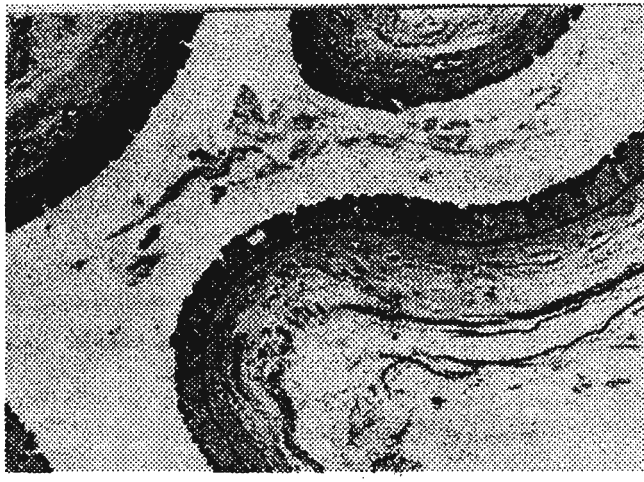
Одамда плацентанинг морфологик ва функционал барьери ҳомила ўн икки ҳафталигида шаклланади.

Юқорида айтиб ўтилганидек, бу барьернинг фаолияти кўп муаллифларнинг фикрича, анча чегарали бўлиб, баъзи токсик моддалар шу барьердан ўтиши мумкин.

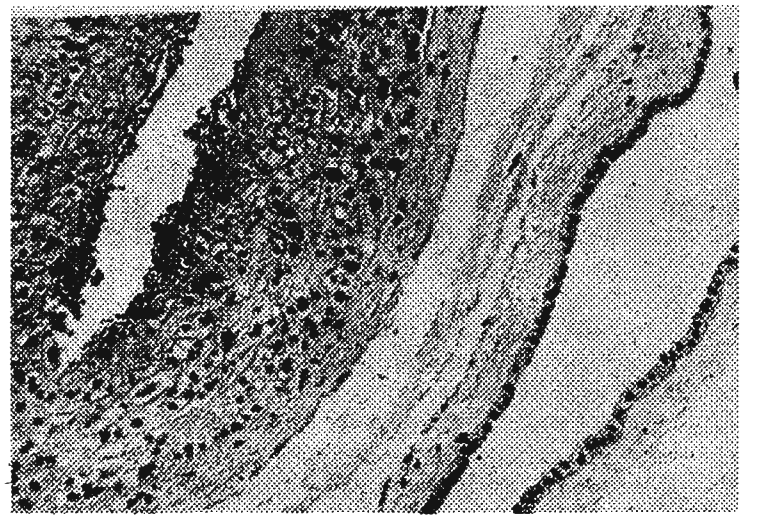
ҲОМИЛАНИНГ СУВ ПАРДАСИ (АМНИОН)

Ҳомиланинг сув пардаси — amnion ҳомила сувини ўраган ҳолда берк пардадан иборат.

Амнионда қон томири бўлмайди. У юпқа пардадан иборат бўлиб, икки қаватдан: паст цилиндрик — эпителиал ва эмбрионал бириктирувчи тўқима қаватларидан тузилган (9-расм). Амнионнинг биринчи қават юзаси ойнасимон текис бўлади. У ўзининг бириктирувчи тўқима қавати билан хорионнинг ҳамма томонини ва ҳатто плацента ёпишган киндик тизимчасининг ташқи юзасини ҳам қоплайди (10-расм). Сув пардасини қалин хорион пардадан қўл билан ажратиш мумкин.



9-расм. Ҳомиланинг амнион пардаси. Бир қаватли эпителий ва бириктирувчи тўқиманинг морфологик кўриниши.



10-расм. Ҳомиланинг амнион ва хорион пардаси-микроскопик кўриниши.

Ҳомила суви (ёки амнион суюқлиги) амнион бўшлиғини тўлатади ва ҳомила шу суюқлик ичида жойлашади. Ҳомила суви катта физиологик аҳамиятга эга.

Бу сув аввало ҳомилани амнион деворларидан узоқлатиб, ҳомила билан парданинг бириқиб қолишига ва бунинг натижасида турли нуқсонлар пайдо бўлишига йўл қўймайди. Иккинчидан, ҳомиланинг осон қимирлаши учун, ҳомила тараққиёти учун зарур бўлган шароит туғдиради ва уни ташқи таъсирлардан сақлайди. Ҳомила киндик тизимчасини сиқилиб қолишдан сақлашда, ҳомиланинг майда қисмларини тўғри жуфтлашишида ва туғиш вақтида бачадон бўйнининг очилишида ҳам ҳомила суви катта роль ўйнайди. Ҳомила суви ҳомиладорликнинг бошланишида тиниқ бўлади, аммо кейинчалик ёғ безлари, ҳомила терисидан ажралган моддалар, соч толалари ва тери эпидермисининг қазғоқлари тушиши билан бир оз лойқаланади.

Ҳомила сувининг миқдори ҳомиладорликнинг муддатига қараб турлича бўлади. Ҳомиладорлик охирига яқинлашган сари, айниқса 7-ойдан бошлаб сув миқдори кўпая боради ва охирида 700 г дан бир литрга етади.

Ҳомила суви асосан амнион эпителийларидан ажралган секретдир (М.Ҳ.Каттахўжаева, 1984 й). Ҳомила буйраклари ҳомила она қорнидалик вақтидаёқ ишлай бошлаши сабабли, амнион суюқлиги таркибида қисман ҳомила сийдиги ва она қон томиридан шимилган суюқликлар бўлиши аниқланган. Напон ҳомила олди сувининг алмашинув ҳолатини ўрганиш учун радиактив изотопдан ва контраст модда ёрдамида рентгендан фойдаланган. У амнион сувининг тўхтовсиз ҳар 2 соату 54 минутда алмашиниб туришини аниқлади.

Plentę бўйича сув алмашинуви она билан амниотик бўшлиқ орасида бир соат давомида ўртача ҳисоб билан 26,7 моль грамм молекулага тенг.

Бу ҳолат амнион сувининг миқдорига боғлиқ бўлмайди. Нормал ҳомиладорлик охирида сувнинг ҳомиладан онага ва онадан ҳомилага ўтиши кучаяди. Бунда ўтиш тезлиги бир хил бўлади.

Н.С.Бакшеевнинг фикрича, ҳомила олди сувида турғун шароит бўлмайди. Бу ҳолат ҳомила ва онанинг умумий аҳволига қараб ўзгариб туради. А. А. Қодирова ва М.Ҳ.Каттахўжаеванинг илмий текширувларидан маълум бўлишича, ҳомила олди суви амнион парданинг маҳсули бўлиб, бу фақат сув ажралишини тартибга солибгина қолмай, сув билан таъминлайди ҳам. Бундан ташқари, унда оқсил ва фермент ажралиши кузатилади.

Қоғоноқ сувининг биокимёвий ҳолати биринчи бўлиб, 1928 йилда С.П.Виноградова томонидан ўрганилган.

Қоғоноқ суви коллоид эритма бўлиб, мураккаб кимёвий бирикмаларга эга. Бу ҳомиладорлик муддатига, она ва ҳомиланинг ҳолатига боғлиқ.

Қоғоноқ суви аниқ рангга эга бўлмай бир оз ялтироқроқ, ҳидсиз бўлади. Сувнинг реакцияси суст ишқорли-РН 8,15-0,38, ёки нитрал реакцияга яқин — 6,96—0,07 (Schreiner ва бошқалар).

С.П.Виноградованинг кузатишича, етилган ҳомиладорликда қоғоноқ сувининг солиштирма оғирлиги 1,10008-1,0375 оралиғида бўлади. Коллоидлар миқдори 144 дан 351 мкг (ўртача 255 мкг) гача, CO_2 эса 57,3 мг бўлади.

Буфер хусусияти она қонига нисбатан кам бўлади. Шунингдек, қоғоноқ сувида бета-нурланишидаги радиоак-

тив моддалар топилган. Радиоактивлик калий изотоп ёрдамида аниқланган.

Б.М.Соловьев ва бошқаларнинг фикрича, қоғоноқ сувида электролитлар асосан диссоциацияланган ҳолатда бўлиб, диссоциацияланиш даражаси ўртача 0,8 га тенг бўлади.

С.П.Виноградованинг кўрсатишича, қоғоноқ сувида 0,71% минерал моддалар бўлади. Ҳомиладорликнинг 2 ойлигидан 10 ойлигигача минерал моддалардан: натрий — 0,050-0,126%, калий хлор — 0,010-0,07%, магний сульфат — 0,01895-0,03306%, кальций бикарбонат — 0,49-1,56, темир оксид — 0,001-0,29%, фосфат ангидрид — 0,00003-0,02198%, сув — 94,33-98,86%, умуман қаттиқ моддалар — 1,55% ни ташкил қилади.

Қоғоноқ сувидаги минерал моддалар миқдори органик бирикмаларга нисбатан анча турғун бўлади. Ҳомиладорликнинг охирида: натрий — 175,3 мг%, калий — 27 мг%, хлор — 3,63 мг%, фосфор — 2,46 мг%, кальций — 7,35 мг%. Hisohel 15 та етилган ҳомиладорликда қоғоноқ пардадаги қуруқ модда сув, азот миқдори, қолдиқ азот ва органик бўлмаган моддалар: Na, K, Ca, Mg; Cl, S, P, Fe, Cu, Zn, Co нинг миқдори ва шу моддаларнинг қоғоноқ пардада мавжудлигини ўрганиб, уни барьерлик фаолияти бор деб фикр юритади.

Бундан ташқари, муаллиф қоғоноқ суви таркибидаги сув, минерал моддалар ҳолатини ва микроэлементлар (Na, Mg, K, Fe, Cu, Zn) нинг концентрацияланишини 25 та соғлом етилган ҳомиладор аёлларда ўрганиб, она қони плазмасидаги концентрациялари билан бир хил эканлигини аниқлайди.

Қоғоноқ суви таркибидаги оқсил, кўмир ачими ва бошқа бирикмалар миқдори ва сифати деярли ўрганилган. Оқсилнинг умумий миқдори 210-390 мг%.

Hentasti игна ёрдамида қорин девори орқали қоғоноқ сувидан олиб ҳомиладорлик муддатига қараб оқсил миқдорини аниқлаган. Унинг маълумотича ҳомиладорликнинг биринчи ойида оқсил 0,14%, 7-ойида 0,28%, 8-ойида 0,292%, 9-ойида — 0,281% бўлган.

Ҳомиладорликда альбумин ва глобулинлар бўлади. 6 ойлик ҳомилада альбумин — 21,3% ва X_2 глобулинлар ўзгармай, ҳомиладорликнинг охиригача турғун бўлиб қола-

ди. Ҳомиладорлик муддати ошган сари глобулинлар оша боради, 6 ойликда — 34,02%, ҳомиладорликнинг охирида 57% бўлади.

У кўп сувли ҳомиладорликда оқсил миқдори 0,60-0,85% га етганини кузатган ҳолда, буни қоғоноқ суви амнион пардасининг маҳсулоти деб ҳисоблайди.

Н.С.Бакшеев 16 та ҳомиладор аёлнинг ҳомиладорлигининг 40-ҳафтасида қоғоноқ сувининг қаттиқ қисми бўлмиш оқсил ва унинг бирикмаларини ўрганиб, ундаги қуруқ қисм 1,2-1,97% га тенг эканлигини ва бу ҳомила ичагидан чиққан, ахлат (меконий), эпителий ҳамда, мойга боғлиқлиги ҳақида фикр юритади.

Унинг текширишларидан маълум бўлишича, ҳомиладор қони оқсили, қоғоноқ суви оқсилидан анча фарқ қилади. Амнион суюқлигида оқсилнинг йиғилиши она қонидан оддий диффузия натижаси бўлмай, мураккаб биологик жараён бўлиб, буни она организми билан ҳомила ўртасидаги рефлектор боғланиш деб талқин қилинади. Ҳомила ёки она ҳолатининг ўзгариши қоғоноқ сувининг физиологик, кимёвий ҳамда биологик хусусиятининг ўзгариши ва унинг янгиланиш тезлигига таъсир кўрсатади.

Қоғоноқ суви таркибида мукопротеид, кўп миқдорда кўмир ачими, липидлар қон зардобидагига нисбатан кўпроқ бўлади. Ундаги амин ачиши амнион суюқлигидагига ўхшаб кетади. Palliez ва бошқаларнинг берган маълумотларига қараганда гликопротоидлар амнион суюқлигида қон зардобидагидан кўпроқ бўлиб, айниқса янтар, сут, пироузум ачими кўпроқ бўлади.

Слунский тоза амнион суюқлиги таркибидаги гистамин концентрациясини биологик усулда ўрганиб, унинг миқдори 1-12% γ (ўртача 4,85 γ %), меконий аралашганида анча ошиб, 1 дан 90 γ % (ўртача 37,5 γ %) бўлганини аниқлаган ва бу ҳолатни ҳомила гипоксиясида ҳомила ичаги ва ошқозонидан ажралган моддалардан ифлосланганлигидан деб ҳисоблайди.

Феррарио (Ferrario), Бранко ва Gasparini нормал ҳомиладорликда амнион сувида антитоксин, стрептококклар лизинлари бўлмаслигини фақат патологик ҳолатда она қонида антистрептолизин бўлишини аниқлаганлар.

Қоғоноқ сувида прогестерон концентрацияси ҳомиладорликнинг 2-ойидан то охиригача 0,01 дан 0,050 γ% мл гача, йўлдошда 2-3 ойлик ҳомиладорликда 0,15 мг бўлишини аниқлаб, йўлдошдан амнион сувига прогестероннинг ўтиши ҳақида фикр юритадилар. Zonder, Munstemanлар прогестеронни ҳомила буйрагининг фаолияти бошланиши билан ундан ажралган ҳосила деб ҳисоблайдилар. Бундан ташқари, қоғоноқ сувида пролан бир литрда А-416 сичқон бирлигида ва эстроген таъсирига эга бўлган гормон бир литрда 333 сичқон бирлигида эканлигини аниқлаганлар.

Напон, Zamerche, Royr лар (1945) ҳомила олди сувининг окситоцинлик хусусияти борлигини тасдиқлаганлар.

Сирачепси ва бошқалар амнион суюқлиги таркибида бачадонни қисқартирувчи ва шунингдек прессор ва депрессор моддалар борлигини аниқлаганлар. Аммо бачадоннинг қисқариши фақат бу моддаларгагина боғлиқ бўлмай нейрогуморал занжир: она организми, ҳомила тухуми фаолиятига ҳам боғлиқдир.

Ҳомила она қорнида ўлиб қолса, унинг мацерациясида глютаминшавелсирка ачими, трансаминазанинг концентрацияси анча юқори бўлади. Аммо амнион суюқлигида бу ферментнинг борлиги уларнинг фаоллигини ўзгартирмайди.

Лизоцим, амнион суюқлиги таркибида витамин С борлиги аниқланган. Alamanінинг кузатишича етилган ҳомиладорликда витамин С нинг концентрацияси 0,24 мг% гача (0,14-0,8 мг дан) бўлади. Никотин ачими ҳомиладорликнинг турли муддатларида бир мл литрда 0,62-2,25γ% бўлиб амнион томонидан ажратилади.

Ishizama нинг айтишича ҳомиладорликнинг 1-6 ойларида мавжуд бўлиб, 10-ойида унинг концентрацияси 7,2-1,9 мг% бўлади.

Бир қатор муаллифларнинг берган маълумотларига қараганда амнион суюқлигида қонни қуюлтирадиган ферментлар бўлади. Тўқима элементлари (ясси эпителий қазғоғи, сувнинг қаттиқ қисми) ҳам трофобластик фаоллик хусусиятига эга бўлгани учун ҳомила олди суви қоннинг қуюлиши ва фибринолизида маълум роль ўйнайди.

Zinzінинг айтишича, амнион сувидан изоиммунизацияни аниқлаш мумкин.

Йўлдош тўқимасида ва қоғоноқ сувида тромбопластиннинг бўлиши, унинг туғилиш жараёнида бачадон деворида тромблар ҳосил қилиб йўлдошнинг кўчишини таъминлайди.

Нормал ҳомиладорликда қон қуйқасининг фибринолизга учраши кузатилмайди, қоғоноқ сувининг фаолияти ва таркиби ҳақида ҳозирча етарли маълумотга эга эмасмиз.

ЭМБРИОН ВА ҲОМИЛАНИНГ ҚОН АЙЛАНИШ ТИЗИМИ

Одам эмбриони жуда тез тараққий қилиб бошлаб бир неча миллиграмм бўлган эмбрион, ҳомиладорликнинг охирига бориб 3 кг ва ҳатто ундан ҳам ортиши мумкин. Организмининг тараққий қилиши учун у узлуксиз озуқа модда ва кислород билан таъминланиши лозим.

Аммо бу соҳани тўла ўрганиш учун маълумотлар етарли эмас. Чунки эмбрионнинг дастлабки тараққиётини ўрганиш анча мураккаблиги ва қийинлиги сабабли адабиётларда ёритилмаган.

Биринчи маротаба эмбрионнинг энг эрта муддати $7^1/_2$ кунлигида (биринчи ва бир маротаба бўлган жинсий яқинликдан кейин) Гертиг ва Роклар (1945) томонидан, кейинроқ эса (1948 йил) Буров томонидан ёритилган.

Г.М.Салганик эса 13-14 кунлик эмбрионнинг шаклланиш жараёнини ўрганган. Одатда ҳомиладорликнинг 2 ойигача эмбрион деб аталиб, кейин ҳомила деб юритилади.

Ҳомила тухуми бачадонга жойлашганидан бошлаб гистиотроп овқатланиш йўли билан тез такомиллашади. Аммо тез ўсаётган эмбрионга овқат моддаларининг бластоцитлар сатҳи орқали шимилиши уни қониқтирмайди. Гистиотроп усулда овқатланишда эмбрионнинг қон томир системаси иштирок этади. Дастлабки қон томир ҳомиладорликнинг иккинчи ҳафтаси охирида сариқ пуфакча (қон оролчаси/ Vase omphace mesenterica)лардан шаклланади. Жуда тез фурсатда уни кетидан юрак қисқара бошлайди ва сариқ пуфакчада қон айланиши вужудга келади. Бунда барча овқат моддалари эмбрионга сариқ пуфакча девори сатҳидан ўтади.

Сариқ пуфакча ичида овқат моддаси бўлмайди, бу моддалар хорион деворлари орқали бластоцитлар бўшлиғига тушади ва кейин сариқ пуфакча томирларига киради. Демак, сариқ пуфакча девори дастлабки қон ишлаб чиқариш аъзоси ҳисобланади. Аллантоис эмбрион организмини кислород ва овқат моддалари билан таъминлаб, унинг қон томирлари, хорион пардаси, бачадоннинг децидуал қавати билан мулоқатда бўлади. Ҳомиладорликнинг 3-ойидан аллантоис орқали бўладиган қон айланиши плацента орқали қон айланиши билан алмашинади.

Ворсинкалараро бўшлиқдаги она қони ичига кириб жойлашган ворсинкалар орқали ҳомила озуқа моддалар ва кислород билан таъминланади.

Кислородга, овқат ва пластик моддаларга бой, тўйинган артериал қон ҳомиланинг киндик венаси орқали оқиб, плацентадан ҳомилага боради. Киндик венаси давом этиб, Аранций йўли орқали жигарнинг пастки сатҳига яқинлашади (Аранций вена давоми — ductus venosus Apantii) ва жигарга бир неча тармоқлар бериб, пастки кавак венага тушади ва ўзидаги қонни шу венага қуяди. Шундай қилиб ҳомила аъзоларидан биринчи бўлиб жигарга артериал қон боради.

Артериал қон пастки ковак венага тушиб, ҳомиланинг оёқлари, чаноқ ва ички аъзолардан қуйилган вена қони билан қўшилади.

Ўзининг дастлабки артериал хусусиятини йўқотган қон пастки кавак вена орқали юракнинг ўнг бўлмасига келиб тушади, аммо бўлмача оралиғидаги тешик (foramen ovale) ва чиқиб турган тўсиқ (valvula bustachii) туфайли қон фақат ўнг қоринчага ўтмасдан чап бўлмачага ўтади. У деярли шу қон билан тўлади, чунки ўпка венаси ҳали пучайган ҳолатда бўлади. Ўнг бўлмачага юқори кавак венадан яна ўнг қоринчага тушган вена қони ҳам тушади.

Пастки кавак венадан ўнг бўлмачага тушган қон, катталарники сингари, ўнг қоринчага ўтмайди. Бундай ҳол она қорнидаги ҳомила юрагининг ўнг бўлмачасида Евстахий (Valvula Eustahų) қопқоғи бўлгани сабабли, пастки кавак венадан тушган қон чўзинчоқроқ (овал) тешик (foramen ovale) томон йўналади ва шу тешик орқали қон чап бўлмачага, ундан чап қоринчага, сўнгра аорта ва йи-

рик томирлар (номсиз, уйқу артерияси, чап ўмров артерияси)га ўтади ва тананинг юқори қисмини таъминлаб, кейин пастга йўналувчи аортага тушади. Ўнг қоринчадаги вена қони ўпка артериясига, ундан қоннинг бир қисми унинг ўнг ва чап шохларига ўтади.

Қоннинг кўп қисми Боталло йўли (ductus arteriosus Botalii) орқали аортанинг пастга тушувчи қисмига қуйилади. Демак, аортадаги бу аралаш қон тананинг пастки қисмини, оёқларни таъминлайди.

Кислороди кам бўлган бу аралаш қон киндик артерияси орқали плацентага келади.

Бу қон ўзининг карбонат ачими ва алмашинуви учун керак бўлган моддаларни плацентага бериб, сўнг киндик венаси орқали ўз ҳаракатини давом эттиради. Шундай қилиб, жигар ва тананинг юқори қисми, хусусан, ҳомила боши тоза артериал қон билан таъминланади. Артериал қонга қисман вена қони аралашган бўлса у оёқларни ва тананинг пастки қисмини таъминловчи аорта қонига нисбатан кислородга анча бой бўлади.

Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида ҳомила танасининг ҳар билан қисми ўзича алоҳида тараққий қилади. Хусусан ҳомила боши ва жигари тозароқ қон олгани учун танасига нисбатан катта бўлади. Бу тананинг юқори қисми пастки қисмига нисбатан бирмунча тез тараққий қилишида кўринади.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан бошлаб тананинг юқори қисми билан пастки қисмининг қон билан таъминланиши бир хил бўла бошлайди.

Юракнинг чап бўлмачасига ўтадиган чўзинчоқ (овал) тешик аста-секин торая бошлайди. Шу билан бирга Евстахий қопқоғи ҳам кичиклашади. Артериал қон кўпроқ ўнг қоринчага туша бошлайди.

Ҳомила туғилиб, биринчи нафас олишиданоқ чўзинчоқ (овал) тешик (foramen ovale) бутунлай бекилади. Қон ўнг бўлмачадан ўнг қоринчага ва ундан ўпка артериясига ўта бошлайди. Қон ўпка артерияси орқали газ алмашинуви учун энди ишлай бошлаган ўпкага боради. Шунга кўра Боталло йўли (ductus arteriosus Botalii) бўшаб қолади. Киндик артерияси ҳам пучайиб бўшаб қолади, қовуқ киндикнинг ён бойлами (ligamentum, vesiko umblicalis

lateralis)га, киндик венаси эса ўрта бойлами (lig. vesico umblicalis media)га, Аранци йўли lig. tares hepaticus га айланиб қолади. Боталло йўли эса бўшаб тизимча ҳолатига ўтади. Ниҳоят, ҳомила туғилгач, биринчи нафас олиши биланоқ қон айланиши катталарникига ўхшаб қолади. Она қорнидаги ҳомила мустақил равишда ўзининг қон ишлаб чиқиш системасига эга бўлиб, физиологик ҳолатда ҳомила қони она қони билан қўшилмайди (юқорида айтиб ўтилди), шунга кўра она ва ҳомила қони ўзининг кимёвий хусусияти ҳамда қон группалари билан ҳар хил бўлиши мумкин.

Ҳомиланинг она қорнидаги дастлабки ҳаётида (2-ойнинг охири, 3-ойнинг боши) жигар унинг асосий қон ишлаб чиқариш аъзоси ҳисобланса, ҳомила ҳаётининг 4-ойи охиридан бошлаб қон ишлаб чиқариш вазифасини талоқ ва суяк илиги бажаради.

VI БОБ

ҲОМИЛА ТАРАҚҚИЁТИГА САЛБИЙ ТАЪСИР КЎРСАТАДИГАН ОМИЛЛАР

Ҳомила тараққиётида ўзига хос хусусиятлар бор. Бу она организми ҳамда плацентадаги модда ва кислород алмашинув жараёнининг кечишига боғлиқ. Ҳомиланинг нормал ривожланишида ва унинг туғилгандан кейинги ҳаётининг кечишида маълум кўрсатгичлар бўлиб, янги туғилган чақалоқда гомеостазни нормал сақлаб туриш учун ҳомила она қорнидагилидаёқ ҳаракат қилиши, эмиши, нафас олиши, қоғоноқ сувини ютиши, ҳомиланинг ошқозон-ичак системасига ферментатив таъсир кўрсатади. Ҳомила буйраги кўп миқдорда сийдик ажратади. Ниҳоят, туғруқ жараёнида ундаги физиологик ҳолат онага боради. Натижада унинг туғилгандан кейинги адаптацион ҳолатига ижобий таъсир кўрсатади.

Ҳомиладорликда қўшимча ички секреция бези плацента ҳисобланади. Плацента ҳомила тараққиётини, ҳомиладорликнинг нормал кечишида одатдаги метаболизмни бошқариб қолмасдан, барча жараёнларга ҳам ўз таъсирини кўрсатади.

Бир қатор эндокринологларнинг айтишича, эстриолнинг она қонидаги миқдорини аниқлаш йўли билан, фақат ҳомиланинг яшаш қобилиятинигина эмас, унинг буйрак усти безининг фаолияти ҳақида ҳам фикр юритиш мумкин. Шундан фойдаланган ҳолда анэнцефалияни аниқлаш мумкин бўлади.

Ҳомиладорликнинг охирида дексаметазон таъсирида нормал ҳомилада онанинг буйрак усти безининг ҳосилоти, эстриолнинг сийдик орқали ажралиши камаймайди. Анэнцефалияда дексаметазон она организмига киритилганда ҳомиладаги эстриолнинг экскрецияси 50% га камайиб кетади, буйрак усти бези қобиғининг гипоплазияси кузатилади.

Хорионик гонадотропин ҳомиладорликнинг биринчи ярмида плацента тўқимасидан ишлаб чиқилиб, унинг энг кўп ишлаб чиқилиши ҳомиладорликни 8-12 ҳафталарида кузатилади. Бу гормоннинг физиологик хусусияти тўла ўрганилмаган. Аммо плацента етилишига қадар ҳомиладорликни оптимал тараққиётини таъминлайди деб фикр юритадилар.

Ҳомиладорликни 4-ойида унинг миқдори анча камайиб кетади (Д.Я.Димитров, 1979). Кейин гормон концентрацияси оша бориши билан эстрогенлар камая боради.

Плацента лактогени ёки хорионал соматомаммотропин ҳомила қонида унинг 6-ҳафтасидан бошлаб вужудга келади. Бу гормон ажралишини гипоталамус — гипофиз ва плацента назорат қилиб туради. Туғруқ жараёнига қадар оша боради (бир суткада 0,5 дан 5,0 мг гача). Туғруқ жараёнида ворсинкалар оралиғи бўшлиғига тушиб, кейин она қонига ўтади. Лактоген концентрациясини ҳомиланинг муддатига қараб оша бориши ҳомиладорликни нормал кечаётганини кўрсатади.

Ҳомиладорликда лактоген азотнинг тутилиши оқсил, мой ҳамда кўмир ачимини синтез қилишда катта аҳамиятга эга.

Плацентар лактоген триглицеридлар гликолизинни кучайтиради, бу ўз йўлида эркин мой ачимларини ошишига сабаб бўлади. Бу хилдаги ачим онанинг мускул тўқималарига ўтиб, энергия манбаи бўлади. Бунинг натижасида плацентадан ҳомила қон оқимига осон ўта-

ди, уни анаэроб шароитда энергетик модда билан таъминлайди.

Плацентар лактоген инсулиннинг гипогликемик таъсирига нисбатан организмнинг толерантлигини кучайтиради.

Бу билан ҳомиланинг физиологик жиҳатдан такомиллашишини таъминлайди.

СОМАТОТРОП ГОРМОН (СТГ)

Соматотроп гормон ҳомиладорликнинг 7-ҳафтасидан бошлаб ажрала бошлайди. Бунинг ажралиши гипофизнинг соматотроп гормон ишлаб чиқарадиган рилизинг омиллар фаолиятига боғлиқ. Бу гормон ажралиши соматомидин, инсулин ва пролактин фаолиятига боғлиқ.

Соматотроп гормоннинг концентрацияси ҳомиладорликнинг 20-24 ҳафтасида анча юқори бўлади. Киндик қонида она қонига нисбатан кўпроқ бўлади (В.К.Зубович, 1989).

Бу гормон плацента тўсиғидан ўтмайди. Бунинг физиологик роли ҳозиргача тўла ўрганилмаган. Бола туғилгандан кейин унинг физиологик ҳолатига салбий таъсир кўрсатмайди.

Адабиётларда қайд қилинишича, гипофизни ҳомиладорликда олиб ташланса, ҳомиланинг кейинги ўсишига таъсир қилмайди.

СТГ гормони бошқа турдаги гормонларга нисбатан чақалоқнинг дастлабки ҳаёти давомида ошади, кейин астасекин камая боради. Агар ҳомила асфиксия билан туғилса, бунда СТГ гормоннинг таъсири ҳақида фикр юритиш мумкин. Шуни назарда тутган ҳолда Э.Р.Баграмян (1979) ҳомиладорликнинг охири, туғруқ жараёнида СТГ нинг фаоллиги ошади деб ҳисоблайди.

СТГ ҳомиланинг физиологик тараққиётига ижобий таъсир кўрсатмаса ҳам унинг организмида етарли ажралмаслиги ҳомиланинг ўсишини сусайтиради, деган назариялар бор.

Пролактин ҳомиладорликнинг 12-ҳафтасида ҳомила қонида аниқланади.

Унинг миқдори ҳомиладорликнинг 24—30-ҳафталаридан бошлаб оша боради. Юқори концентрацияда то туғ-

руқ жараёнигача, ҳатто чақалоқ 2 ойлик бўлгунча сақланади, кейин аста-кесин камайиб, катталарникига ўхшаб қолади.

Пролактин казеин ва лактозанинг шаклланишини тезлаштиради, липидларнинг истеъмол қилиниши (утилизация)ни таъминлайди.

Ҳомилада пролактиннинг катталарга нисбатан кўп бўлиши, гипофиз олдинги бўлагининг фаол фаолиятидан деб фикр юритилади. Бу ҳолат пролактинни синтез қилувчи гипофиз ҳужайралар ҳисобидан бўлиб, бу жараён безнинг гипертрофияси билан ифодаланади.

Бу гормон ҳомила организмида фосфолипидлар алмашинувига, шунингдек ўпка тўқимасининг етилишига таъсир этади. Ўпка сурфактантлари кўриниши билан қонда пролактин концентрацияси анча ошади.

Шалим мембранасида гормон концентрацияси анча камайган бўлади (В.К.Зубович, 1989).

Пролактиннинг осморегуляторлик хусусияти қоғоноқ сувининг шаклланишида ва ундаги электролитлар мувозанатини сақлашда аҳамияти катта деб ҳисобланади.

Кузатишлардан аниқланишича, гидроаминонда гормон концентрацияси кам бўлади.

Эстрогенлар кўп миқдорда прогестерон ва бўқоқ бези гормони, пролактин гормони ажралишини оширади.

Ҳомила тараққиётида дори препаратларининг тутган ўрни. Биз юқорида бир қатор гормонлар ҳақида фикр юритдик. Ҳомиланинг она қорнидаги ҳаётида унинг нормал ўсишига ташқи муҳит, онадаги турли патологик ҳолатлар, дори препаратларнинг гормонал таъсири ҳозиргача тўла ўрганилмаган.

Маълумки, ҳомиладорлик давомида аёлларда турли патологик ҳолатлар — касалликларни кузатиш мумкин. Бундай ҳолларда турли дори препаратларидан фойдаланишга тўғри келади. Хусусан, онадаги инфекцион касалликлар, камқонлик, юрак-томир, эндокрин система касалликларида турли дори-дармонлар ишлатилади.

Баъзи ҳолларда ҳомиладор аёллар врачларнинг кўрсатмасисиз турли препаратлардан фойдаланадилар. Унинг салбий таъсир кўрсатиш мумкинлигини тасаввур ҳам қилмайдилар.

Аммо шундай фикрлар ҳам борки, агар аёл фойдаланаётган дори онага ёмон таъсир қилмаса, бу ҳомила учун хавфли эмас, деб ўйлайдилар. Бу хато фикрдир. Йигирманчи асрнинг ўрталарида бир қатор муаллифлар томонидан жанубий Оврўпода нуқсонли болалар кўп туғилаётгани аниқланиб, бунга сабаб вирусли инфекция, ташқи шароит таъсири, хусусан радиация деб фикр юритилган. Аммо кейинроқ маълум бўлишича, ҳомиладор аёлларнинг ухлатадиган дори — талидомиддан фойдаланганликлари аниқланди.

Бу хилдаги препаратдан фойдаланган ҳомиладор аёллардан туғилган болаларда оёқ-қўлларнинг ўзига хос нуқсонлари (хусусан кийик оёқларига ўхшаш) кузатилиб, бундай нуқсонларни фокомелией деб атала бошланган. Кўп болаларда қўл-оёқларидаги нуқсонлардан ташқари, ички аъзоларида ҳам бир қатор нуқсонлар кузатилган.

Талидомиднинг таъсирини ўрганишда бир қатор муаллифлар унинг она организмига деярли кам салбий таъсир кўрсатишига қарамасдан ҳомилага, айниқса унинг эрта тараққиётида (эмбриогенез) салбий таъсирини ҳайвонларда тажриба ўтказиш йўли билан аниқлаганлар.

Талидомиднинг ҳомила тараққиётига бўлган таъсири адабиётларда жуда кўп ёритилиб, бу препаратни ишлаб чиққан "Грюнталь" фирмаси устидан адлия органлари шуғулланган. Адабиётларда шунингдек, талидомиднинг ва бир қатор бошқа препаратларнинг эмбрионга бўлган таъсирини аниқлашда ҳар томонлама текшириш ўтказиш натижасида бу препаратларнинг "В" туркумида бўлган витаминларни блокада қилиши аниқлангани маълум бўлган.

Яна бир қатор муаллифларнинг фикрича, талидомид глютамин ва фолий ачималарига нисбатан антагонист сифатида таъсир этади.

Муаллифларнинг фикрича, талидомид биокимёвий энзиматик жараёнларга таъсир кўрсатиб, морфологик тараққиётнинг ҳужайралар наслига хос методик фаоллигини издан чиқишига, натижада нуқсонларни вужудга келишига сабаб бўлади.

Аммо ҳозирда шундай фармокологик препаратлар борки, улар она ва ҳомила организмига ижобий таъсир кўрса-

тибгина қолмай, эмбриогнезни нормал кечишини ҳам таъминлайди.

Буларга бир қатор гормонлар, витаминлар, инсулин, камқонлик ва сил касалини даволашда ишлатиладиган препаратлар кириб, хусусан қанд касаллигида ишлатиладиган инсулиндан ўз вақтида фойдаланиш ҳомиланинг нормал тараққиётини, етилиб туғилишини таъминлайди. Сил касаллигида кам дозада ишлатиладиган стрептомицин, паск, фтивазид ва бошқа препаратлар ҳомила гипотрофиясини ва ҳалок бўлишининг олдини олади.

Гипохромли камқонликда ишлатиладиган препаратлар ҳам она ва ҳомилага салбий таъсир кўрсатмайди. Шу каби бир қатор препаратлар мавжудки, улар она ва ҳомила организмига салбий таъсир кўрсатмайди.

Аммо баъзи бир фармакологик препаратлар борки, улардан ҳомиладорликда фойдаланиш ман этилади. Улар эмбирон ва ҳомила учун жуда хавотирлидир. Айниқса эмбрион тараққиётида оғир нуқсонларга сабаб бўлиши мумкин.

Бир қатор фармакологик препаратлар эндокрин система, жинсий безлар, бош мия ва бошқа системалар фаолиятига салбий таъсир кўрсатади.

Баъзи бир муаллифларнинг фикрича, барча фармакологик препаратлар маълум шароитда эмбриогенезга салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Албатта бунда онанинг соғлиғи ва препаратнинг қанча вақт берилиши ва миқдори — доза катта роль ўйнайди. Шунинг учун ҳар бир препаратни ишлатишдан олдин уни ҳар томонлама ўрганиш ва фойдаланишдан олдин унинг таъсирини кузатиш талаб қилинади.

Netter (1971) ҳомиладорликда ишлатиладиган препаратлардан фойдаланишдан аввал уларнинг таъсирини ҳар томонлама ўрганиш зарур, деб таъкидлайди. Бунда дори препаратларининг аёл организмига плацентадан ўтиши ва унга таъсирини, фармагенетик хусусиятини, ҳомила организмидаги метаболизмга таъсири, дорили моддаларни сувдаги концентрациясини ўрганиш зарур, деб ҳисоблайди.

Плацентанинг ўтказувчанлик хусусияти ҳомиланинг шаклланиши ва ўсишида аҳамияти катта. Шунга кўра па-

тологик ҳолатнинг ҳам бу жараёнда аҳамияти катта. Бунда яна ворсинкаларнинг анатомик ҳолати ва турли препаратларнинг кимёвий хусусиятларининг катта аҳамияти бор.

Патоморфологик текширишлардан маълум бўлишича, ҳомиланинг қон капиллярлари сатҳида жойлашган трофобласт юпқа бўлгани сабабли уларнинг ўтказувчанлик хусусияти юқори бўлади. Агар ишлатиладиган препарат паст молекуляр бўлса, унда у плацентадан юқори молекулаликка нисбатан осон ўтади.

В.Н.Серов ва бошқаларнинг (1989) фикрича, сувда эрийдиган молекуляр массаси 100 дан ошмаган моддалар плацентадан осон ўтади, мойда эрийдиган моддалар, ҳатто уларнинг молекуляр массаси 600 дан ошиқ бўлса ҳам плацентадан ўтади, молекуляр массаси 1000 дан ошиқ диффуз моддалар плацентадан қисман ўтади. Қитъаларга ажратилган, ионланган моддаларнинг молекуляр массасидан қатъий назар, специфик механизми мавжуд. Баъзи бир кам инерт молекулалар хусусан сув, плацентадан осон ўтади, шунга кўра она қони билан ҳомила қони бир мувозанатда бўлади.

В.Н.Серов ва бошқаларнинг олиб борган кузатишларидан маълум бўлишича, ҳомиладорликда бачадондан қон оқиши анча кучли бўлади. Кўндаланг жойлашган пружина (спирал) симон артериялар 30 баробар кўпаяди. Юздан ортиқ шу хилдаги артериялардан қон ворсинкалараро бўшлиққа қуйилади, уларнинг деворларига трофобласт ҳужайралари жойлашиб, артерия мускуллари аста-секин камая боради, аммо катта артерияларда мускул қавати сақланган ҳолда бўлади.

Ҳомиладорликнинг охирида бачадондаги қон айланиши бир минутда 750 мл га тенг бўлиб, спирал артериялардаги ўртача босим 80 мм симоб устунига, бачадон венасида 100 мм симоб устунига тенг бўлади.

Ворсинкалараро бўшлиқдаги босим 70 мм симоб устунига тенг бўлади. Демак, биз юқорида келтирилган маълумотларга асосланган ҳолда бир қатор моддаларнинг плацентадан ўтишида, бошқа омиллар билан бир қаторда бачадондаги қон айланиши жараёни ҳам катта рол ўйнайди, деб фикр юритиш асосли деб ҳисоблаймиз.

Плацентанинг умумий алмашинувини таъминловчи сатҳи микроворсинканинг резорбцион (шимадиган) сатҳидан ташқарида ҳомиладорлик ўсиши билан ривожлана боради, туғруқ яқинлашганда 12-14 м² бўлади. Плацента мембранаси эса юпқалашиб боради, қавати ҳомиладорликнинг бошида 33-38 мкм бўлса, охирида 3-6 мкмга камайиб кетиши натижасида плацентанинг ўтказиш хусусияти ҳомиладорликнинг 35 ҳафтасигача оша боради, кейин физиологик жиҳатдан қариганига кўра у камаяди (В.Н.Серов ва бошқ.).

Плацентадан дори моддалари ўтишида бачадон — плацента оралиғидаги қон айланиш жараёнининг аҳамияти катта. Баъзи муаллифлар қоғоноқ сувида оксациллин, метициллин, ампициллин кўп миқдорда тўпланиб қолиши натижасида, улар плацента (текис хорион ва амнион) орқали шимилади, деб фикр юритадилар.

Ҳомиладорликда дориларга нисбатан аллергиянинг кўп учраши баъзи бир препаратларни ишлатишда шунга алоҳида аҳамият беришни талаб қилади.

Маълумки, ҳомиладорликда буйрак фаолиятининг физиологик ўзгариши, хусусан плазма оқсилини деярли 2 марта, гломеруляр фильтрлаш 70% ошиши юбориладиган препаратларнинг ажралиш тезлигига таъсир кўрсатади, антибиотиклар (гентомицин, цепарин, ампицилин) ажралиши анча тезлашади. А.П.Кирюшенков (1988) фикрича, ҳомиладорликда дори препаратларидан она-плацента — ҳомила-амнион суюқлигининг функционал ҳолатини аниқлаган ҳолда фойдаланиш лозим.

Пенициллин туркумига кирувчи препаратлар плацентадан 25 % дан 75% гача ўтиб, бу ҳолат унинг миқдорига, она организмига юбориш усулига боғлиқ.

Пенциллин ҳомила қонидан тезда унинг аъзо ва тўқималарига тарқалади. Олиб борилган кузатишлардан маълум бўлишича, антибиотиклар концентрацияси ҳомила жигарида, ўпкасида ва ўтида кўп бўлади. Ҳомиладорликнинг охирида пенициллин олдинги муддатдагига нисбатан анча фаол таъсир кўрсатади. Пенициллин умуман эмбрион ва ҳомила тараққиётига салбий таъсир кўрсатмайди. Аммо баъзи ҳолларда аллергик ҳолат ёки препаратнинг токсик натижасида унинг салбий таъсирини кузатиш мумкин.

Ҳозир пенициллин туркумидан кўпроқ яримсинтетик пенициллин ишлатилади. Бу хилдаги пенициллин, пенициллинга қараганда турғун стафилококкларга қарши анча ижобий натижа беради.

Ампициллин — синтетик пенициллинлар туркумига кириб, у плацентадан осон ўтади, ҳомила қонида етарли концентрацияда бўлиб, шу препаратга сезгир, бир қатор патоген микробларга таъсир кўрсатади. Шунга кўра ҳомиланинг она қорнида инфекцияланганида, айниқса листериозда яхши ёрдам беради. Ампициллиннинг энг яхши хусусияти қоғоноқ сувида юқори концентрацияда тўпланиши бўлиб, ҳомила қонида анча кам концентрацияда бўлади.

Ампициллиндан хорио-амнионитда фойдаланиш яхши натижа беради. Бошқа бир қатор антибиотикларга нисбатан ампициллин ҳомилага унинг эрта муддатида анча фаол таъсир кўрсатади. Антибиотик асосан буйрак, ўпка ва плацента тўқимасида тўпланади. Бу эмбрион тараққиётига таъсир қилмайди, теритоген таъсирига эга эмас.

Биз юқорида айтиб ўтганимиздек, ампициллинни ишлатишда унинг терапевтик миқдори 500-750 мг дан (мускул орасига) ошмаслиги мақсадга мувофиқдир.

Антибиотиклар юқори миқдорда қабул қилинса, ҳомилада билирубин ажралиб, унинг қон оқсили билан бирикиши натижасида ядроли сариқлик пайдо бўлиши мумкин.

Диклоксациллин — бу ҳам ярим синтетик пенициллин гуруҳига кириб, плацентадан ёмон ўтади хорион-амниотитларни даволашда кам, айтарли ёрдам бермаслиги сабабли деярли ишлатилмайди.

Оксациллин — ярим синтетик пенициллин туркумига тааллуқли бўлиб, пенициллинга турғун стафилококк штаммларида ишлатиш мумкин. Оксациллин плацентадан 9,7% ўтиб, ҳомила қонига кам концентрацияда таъсир қилади. Баъзи ҳолларда ҳомила қонида, ҳомила олди сувида унинг миқдори кўпайиши кузатилади.

Хорио-амнионитда, ҳомиланинг инфекцияланишида ёрдам бериши мумкин.

Канамицин — бир қатор грам-манфий микробларга таъсир кўрсатиши ва плацентадан кўпроқ ўтиши (17,4%) би-

лан характерли бўлиб, шунингдек кўпгина патоген микробларга таъсир кўрсатиш қобилиятига эга. Шунга кўра бачадон ичи инфекциясига қарши курашишда ижобий натижа беради.

Диклоксалин — ярим синтетик пенициллин туркумига кириб, плацентадан ёмон ўтади, шунинг учун хориоамнионитни даволашда ишлатилмайди.

Демак, ярим синтетик пенициллин туркумига кирувчи препаратлардан бачадон ичи инфекциясини даволашда фойдаланиш мумкин.

Стрептомицин. Стрептомицин плацентадан осон ўтиб, 2%—100% ўртасида бўлиши мумкин. Айниқса, стрептомицин ҳомиладорликнинг охирида ҳомилага кўпроқ ўтади.

Стрептомициннинг қоғоноқ сувидаги миқдори ундан қандай усулда (ичиш, мускуллар орасига ва бошқалар) фойдаланишга боғлиқ. Адабиётларда берилган маълумотларга қараганда, стрептомицин ҳомиланинг эшитиш аъзосига салбий таъсир этиши, хусусан сил касаллигида стрептомицинни катта дозада, узоқ вақт қабул қилинса, ҳомиланинг эшитиш нервини зарарланиши аниқланган. Айниқса бу ҳолат ҳомиладорликнинг биринчи ярмида кўпроқ кузатилган.

Ҳомиладорликда грамманфий бактериялар туфайли вужудга келган инфекцион касалликларда аминоглюкозид туркумига кирувчи антибиотиклар (гентамицин, мономицин, канамицин, неомицин)нинг ижобий таъсири, шу турдаги антибиотиклардан фойдаланишни тақозо қилади.

Канамициннинг плацентадан ўтиши 19% дан 50% гача бўлиб, кам токсик хусусиятга эга эканлигини назарда тутган ҳолда клиникада стрептомицинга нисбатан кўпроқ ишлатилади. Чунки бу эшитиш аъзоларига зарар қилмайди.

Албатта юқорида айтиб ўтганимиздек катта дозада унинг токсик хусусияти ошади.

Гентамицин канамицинга нисбатан плацентадан фаолроқ ўтади, аммо ҳомилага сезиларли даражада зарар қилмайди.

Тетрациклин бир қатор муаллифларнинг фикрича тератоген таъсир кўрсатмаса ҳам, баъзан катта дозада ҳомиланинг ўсишига салбий таъсир кўрсатади. Бунда тетра-

циклин ҳомиланинг склет суягида йиғилиб, уни ўсишдан тўхтатади деб талқин қиладилар.

Ҳайвонларда ўтказилган тажрибаларда унинг ҳомила аъзоларига (А.П.Кирюшенков ва бошқалар) ва плацентанинг шаклланишига салбий таъсир кўрсатиб, ҳомиланинг қуён лаб, юқори танглай очиқ бўлиши, пастки жағ гипоплазияси, оёқ-қўлларни калта бўлиши, синдактилия ҳолатлари кузатилган. Бу ҳолатни ҳомила организмида витамин B_2 нинг етишмаслигидан деб изоҳлайдилар. Чунки ҳомилага витамин B_2 етишмаса, худди шундай нуқсонлар кузатилади. А.П.Кирюшенков ўтказган тажрибаларида унинг мутоген таъсирга эга эканини аниқлаган. Тажрибада одам эмбрионининг фибробласт тўқимасида тетрациклиннинг хромосомалар аберрациясига (тақсимланишига) салбий таъсирини кўрсатиб ўтади. Демак, ҳомиладор аёлга тетрациклин туркумига кирувчи антибиотикларнинг салбий таъсирини ҳисобга олган ҳолда, ундан фойдаланмаслик, уни ўрнига бошқа эмбрион тараққиётига путур етказмайдиган препаратлардан фойдаланиш лозим.

Ристамицин — ҳомиланинг эрта муддатларида унинг қонига ўтмайди. Сўнгги муддатларида унинг қонида учрайди. Аммо эмбрион тараққиётига путур етказмайди.

Левомицитин — (хлорафеникол) плацентадан чегарали миқдорда (25—40%) ўтади, амнион суюқлигида бу препарат ҳар доим топилавермайди. Аммо левомицитин жигарга таъсир кўрсатиб унинг функционал ҳолатига ва морфологик етилишига таъсир қилади, глюкурон жараёнини бузиши натижасида чақалоқларда кулранг синдромни, бундан ташқари, гемопоэзга таъсир кўрсатиб уларда лейкопения, гипопластик камқонлик вужудга келтириши кузатилади.

Шу юқоридаги ҳолатларни назарда тутган ҳолда ҳомиладорликда бу препаратлардан фойдаланиш мумкин эмас.

Эритромицин — эмбрион ва ҳомила тараққиётига салбий таъсир кўрсатмайди, плацента орқали кам ўтади (10-25%).

Фузидин — стафилококкларга нисбатан анча кучли таъсир қилиш қобилиятига эга. Бундан ташқари бошқа турдаги антибиотикларга сезгир бўлмаган инфекцияларда фойдаланиш ўринлидир. Плацентадан ҳомилага ўтиш чегара-

си — индекси 37%. Эмбрионга токсик таъсири анча кам бўлгани сабабли тератоген таъсири деярли сезилмайди.

Фузидинни қайта-қайта юборишда кумулятив таъсир этиши мумкинлигини ҳисобга олмоқ керак.

Бачадон ичи инфекциясида цефалоспорин туркумига кирувчи антибиотиклар (цепорин, цефалотин, цефалоридин ва бошқалар) дан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Бу хилдаги антибиотиклар эмбрион шаклланиши ва торайишига путур етказмайди. Шунга кўра хорион-амниотитларни даволашда ишлатиш мумкин.

Антибиотикларнинг ҳомила тараққиётига бўлган таъсири ҳақидаги бир қатор маълумотларга қараганда уларнинг баъзи бир турларидан фойдаланишда анча эҳтиёткорлик талаб қилинади.

Маълумки, ҳозирда турли патологик ҳолатларни даволашда антибиотиклардан кенг фойдаланилмоқда.

Антибиотиклар ҳомиладорликда учрайдиган инфекцион касалликларнинг патологик кечишида биологик фаол препарат бўлгани сабабли улардан кенг фойдаланилади.

Антибиотиклар биологик фаол модда бўлгани учун улар организмнинг тўқима ва ҳужайралардаги модда алмашинув жараёнига бўлган таъсири турли мураккабликларга сабаб бўлиши ҳам мумкин.

Антибиотиклардан фойдаланишда уларнинг эмбриотоксик хусусиятини ва кумулатив таъсир кўрсатиши мумкинлигини ҳисобга олиш зарур.

Нитрофурон туркумига кирувчи препаратлар плацентадан ўтиб, амнион суюқлигида маълум миқдорда тўпланади, глюкоза 6-дегидрогеназа ферментига таъсир қилиб ҳомила қонининг гемолизга учрашига сабаб бўлиши мумкин, шунинг учун ҳомиладорликда бу туркумга кирувчи препаратлардан фойдаланмаслик керак.

Замбуруғларга қарши ишлатиладиган препаратлардан:

Леворин — суст тератогенлик хусусиятига эга бўлишига қарамасдан ҳомиладорликнинг биринчи ярмида бу препаратдан фойдаланилмаслик керак.

Гризеофульвин ҳам замбуруғларга қарши ишлатиладиган препаратлардан ҳисобланиб, леворинга нисбатан тератоген таъсири кучли бўлгани сабабли ҳомиладорликда қўлланилмайди.

Сульфаниламидлар. Бу хилдаги препаратлар ҳомила ва она организмидан секин ажралишига ва кумулатив хусусиятига кўра тератоген таъсири бор деган фикрлар мавжуд, аммо А.П.Кирюшенков (1978) қуёнларда ўтказган тажрибаси бу препарат уларга тератоген таъсир кўрсатмаганлиги сабабли, уларни ҳомиладорликда қўллаш мумкинлиги ҳақида фикр юритади.

Гормонлардан — акушерликда кўпроқ АКТГ, эстроген, кортикостроид, прогестерон ва андрогенлардан фойдаланилади.

АКТГ ва кортикостероид гормонлар таъсирини тажрибаларда ўрганилиб, уларнинг ҳомилада турли нуқсонлар, хусусан юқори танглайнинг ажралган ҳолати, туғма катаракта, буйрак усти бези ва оёқ қўллар аномалиясига сабаб бўлиши кузатилган.

АКТГга нисбатан кортизоннинг тератоген таъсири кучлироқ бўлади.

А.К.Кирюшенковнинг (1978) фикрича, кортизон ва шу туркумга кирувчи гормонал препаратлар нордон мукополисахаридларнинг концентрациясини камайтириб, юқори танглайнинг шаклланишига путур етказади. Муаллиф сичқон ва каламушларда тажриба ўтказиб, кортизоннинг тератоген таъсирини аниқлаган. Аммо ҳомиладорликка кортизоннинг тератоген таъсири йўқ бўлиб, бунга сабаб она плазмаси бу препаратларни ўзига боғлаб олиши натижасида плацентадан ўтишини чегаралайди. Муаллиф плацентанинг ҳимоя қилиш қобилияти, кортикостероидларга нисбатан ферментатив фаоллиги ҳақида ҳам фикр юритади. Унинг айтишича бу хилдаги препаратларнинг фаол равишда парчаланиши ҳомила жигарида кечади.

В.А.Таболин ва бошқалар (1972) нинг фикрича, кортизон ва шу каби препаратлар ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ишлатилганда глюкокортикоидларнинг салбий таъсири кузатилмайди деб ҳисоблайди.

Адабиётлардаги маълумотларга қараганда, бод касаллигини даволашда узоқ вақт глюкокортикоидлардан фойдаланиш ҳомилада буйрак усти бези қобиғи фаолиятининг туғма етишмовчилигига, 17-кетостроидлар ва 17-оксикетостероидлар ажралишининг камайишига сабаб бўлади.

ЖИНСИЙ ГОРМОНЛАР

Жинсий гормонлар, хусусан эстрогенлар ва баъзи бир гормонга ўхшаш бирикмалар (серотонин ва простогландинларнинг) эмбриогенезга таъсири ҳозиргача тўла ўрганилмаган.

Адабиётларда (Prosed ва б-лар, 1969) ДНК ва РНК ларнинг ҳамда каламуш эмбрионидаги оқсил синтезида, унинг бластоцит босқичида (in vivo) эстрадиол назоратида бўлади. РНКнинг бластоцитлар синтезида эстрогенларнинг рағбатлантириш аҳамияти катталигини, ҳамда бу жараёнда 17-эстрадиол ва унча фаол бўлмаган эстроген-эстронларнинг иштирок этишини кўрсатиб кетилган (1-схема).

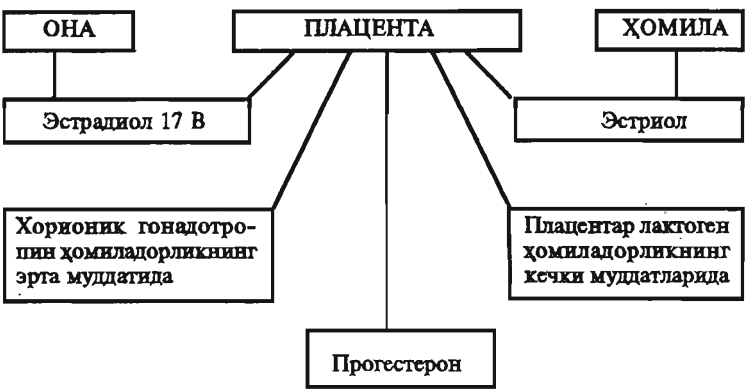
Эмизувчи ҳайвонларда ҳомила тухуми жойлашиб бўлгандан кейин ҳам эстрогенларнинг роли катта эканини талқин қиладилар (Fuchs klopper, 1971).

Эстрогенлар 3 фракцияда : эстрон ($Э_1$), эстрадиол ($Э_2$), эстриол ($Э_3$) бўлиб, ҳар бир фракция она, эмбрион, ҳомила организмига турлича таъсир кўрсатади.

И. В. Дуда, В.К.Зубович (1976) ва Parter (1980) $Э_2$ бачадоннинг қисқариш хусусиятини камайтиришини, А.С.Персианинов эса оширишини таъкидлайдилар (2-схема).

1-схема

Ҳомиладорликда гормонларни синтез қилишда она-плацента-ҳомила биологик тизимининг схемаси (В.К.Зубович)



Аёл организмига гормонларнинг таъсир қилиш схемаси (В.К.Зубович)



Акушерлик амалиётида кўпроқ эстроген гормонлар қўлланади. Кўп ҳолатларда эстрогенлар прогестерон билан биргаликда ишлатилади.

Эстроген препаратлардан диэтилбэстрол ишлатилмайди, чунки бу препарат катта дозада ҳомила қиз бола бўлса унинг бачадон буйнининг қин қисми ва қин деворларида ўсмалар, ўғил болаларда эпидидимис кистаси ва бошқа турдаги жинсий аъзолар патологик ҳолатлари вужудга келишига сабаб бўлади.

Прогестерон теротоген ва эмбриотоксик хусусиятига эга эмас. Прегнин ва бошқа бир қатор ичиладиган синтетик препаратлардан узоқ фойдаланиш (айниқса эмбрионда жинсий аъзоларининг шаклланиши даврида) уларнинг аномалиясига, айниқса қизларда ёлғон гермофрадитизмга сабаб бўлиши мумкин. 17-альфа-оксипрогестерон-оксипрогестерон капронатда андрогенлик хусусият йўқ, шунинг учун ҳомиладорликда фойдаланиш мумкин. Аммо прегниндан ҳомиладорликда ва унинг тушиш хавфи кузатилганда фойдаланиш ярамайди.

17-нортестостерон (этистерон, норэстерон ва бошқалар) ни қиз жинсли ҳомилада ишлатилса, унда ёлғон эркак гермафродитизмни кузатиш мумкин, шунинг учун у ҳомиладорликда қўлланилмайди. Андрогенлар умуман ҳомиладорликда ишлатилмайди.

Ҳомиладорликдан сақланиш мақсадида ичиладиган прогестинлар ҳамма вақт ҳам овуляцияни тўхтатавермайди. Шундай ҳолларда аёл ҳомиладор бўлиб қолганига қарамай (ҳомиладор бўлганини билмасдан) циклик равишда препаратдан фойдаланаверса, бундай ҳолларда бу препаратлар (гестоген ва эстрогенлар) эмбрионнинг бачадонга жойлашишига салбий таъсир кўрсатади.

Окситоцин — бу гипофизнинг орқа бўлагидан ажралиб, ҳомила қонидан она қон томирларига ўтиб, онадан йўлдошга, ундан ҳомилага ўтади ва бу сут безлари фаолиятининг бошланишига ва туғруқ жараёнининг кучайишига таъсир қилади.

Амалиётдаги кузатишлар шуни кўрсатадики, туғруқ жараёнини кучайтириш учун ишлатиладиган окситоцилин (ҳатто терапевтик дозада ҳам) ҳомилада гемолитик сариқликни ва чақалоқларда гипербилирубинемия ҳолати-

ни вужудга келтириши мумкин экан (В.К.Зубович 1989). Окситоцин чақалоқнинг она қорнидаги шароитга мослашишини таъминлайди.

Ҳомила организмида мойларнинг фойдали равишда парчалана олмагани сабабли унинг энергияси глюкоза ҳисобидан бўлади. Бу глюкоза онадан ҳомилага йўлдош орқали ўтади.

Ҳомила организмида ҳали бу хилдаги биокимёвий жараённи бажаришга қобилиятли ферментлар бўлмагани сабабли унинг жигарида глюконеогенез деярли кузатилмайди.

Аммо ҳомиладорликнинг охирида ҳомила организмида гликогенни синтез қилиш тезлашади. Бунда фосфоридидаза ва глюкоза-6-фосфатазани паст фаоллигида гликоген синтезининг фаоллиги анча ошади (В.К.Зубович, 1989). Гликоген асосан жигарда ва мускулларда тўпланади. Туғруқ жараёнида тез сарфланади.

Ҳомила билан она ўртасида алоқа тўхтагандан кейин она организмидан ҳомилага ҳеч нима ортиқ ўтмайди. Чақалоқда эса уни сарфлаш кучайиб, натижада туғма гипогликемия вужудга келади. Бу ҳолат чақалоқнинг биринчи икки кунигача давом этади. Бу жараён вақтинча гормонлар концентрациясининг бола организмида ўзгариши бўлиб, унда сақланган мой энергиясининг асосий манбаи ҳисобланади.

Глюкозанинг гомеостазини таъминловчи гормонлар плацента тўсиғини буза олмайди. Шунинг учун ҳомила организми ўзининг эрта ўсиш босқичи (ҳомиладорликнинг 7-ҳафтаси) даёқ инсулин ва глюкагонни синтез қила бошлайди. Булар глюкозани сарфланишида бошқа гормонлар (саматостотин, плацента лактогени, катехоламин, ошқазон-ичак гормонлари стероидлар ва тиреотроп гормонлар) қатори иштирок қилади.

Биз юқорида баъзи бир физиологик жараёнлар устида қисқача тўхталиб ўтдик.

Ошқозон ости бези эмбрионнинг 10-ҳафтасидан кейин ўзида 3 хил ҳужайра тутади. Инсулин ишлаб чиқадиган В-ҳужайралар, глюкоген ишлаб чиқадиган α-ҳужайралар ва саматостатик ишлаб чиқарадиган Д-ҳужайралардир. Ошқозон ости бези ишлаб чиқарадиган гормонлар йўлдош

тўсиғидан ўтишига қарамасдан, она организми В ҳужайралар фаоллигига таъсир кўрсатиш қобилиятига эга. Бунда глюкозани ҳомилага йўлдош тўсиғидан ўтишини бошқаради, унинг қондаги миқдори инсулинни ишлаб чиқарувчи В ҳужайраси фаоллигини оширади.

Гликогенни ҳам ошқозон ости бези ва ошқозон-ичак безлари ишлаб чиқаради. Уларнинг секрет ажратиши ҳомиладорликнинг 10-12 ҳафталаридан бошланади. Бу гормоннинг концентрацияси ошиши билан бирга кечади. В.Н.Серов ва бошқаларнинг (1989) кузатишларича, юқори молекуляр массага эга бўлгани учун плацентадан ўтмайди. Шунга кўра у ҳомилага зарар қилмайди. Онадаги қанд касалигини даволашда бу касалликка қарши ишлатиладиган препаратлардан (бутамид, хлорпропамид ва бошқалар) фойдаланиш ярамайди, чунки улар плацента тўсиғидан осон ўтади ва эмбрион тараққиётига зарар қилади.

Қоннинг ивишига таъсир қиладиган препаратлардан (антикоагулянтлар) гепарин юқори молекуляр оғирликда бўлгани учун йўлдош барьеридан ўтмайди, шу сабабдан ҳомила учун хавотирли эмас. Дикумарин, неодикумарин, синкумар ва бошқалар плацента барьеридан жуда осон ўтиши билан бирга она ва ҳомила қонини суюлтиради (гипокоагуляция).

Бу антикоагулянтлар тромбоэмболик касалликларда қўлланилиб булардан фойдаланишда уларнинг салбий ва ижобий таъсирини тўла аниқлаган ҳолда фойдаланиш керак.

Лаборатория амалиётида аниқланишича, ҳайвонларга витамин А бўлмаган овқат моддалари берилганда уларда турли нуқсонлар вужудга келган. Бу нуқсонлар айниқса кўриш ва сийдик ажратиш аъзоларида кузатилади. Бундан ташқари ҳомила бачадонга жойлашиши биланоқ ҳалок бўлади.

Ҳомиладаги нуқсонларни фақат витамин А етишмаслигидан эмас, балки унинг организмда кўп бўлишида ҳам кузатиш мумкин.

Витамин В. Гиповитаминозда фаоллик ролини B_2 витамини ўйнайди.

Витамин B_2 организмда модда алмашинуви жараёнида иштирок этади.

B_2 витаминининг етишмовчилиги тўқималарнинг нафас олишини, модда алмашинувини пасайтиради, фолий ва нуклеин кислота синтезида фаол қатнашади. Бу ҳам В витаминлар туркумидаги витаминлар қаторига киради.

Фолий кислотанинг етишмаслиги эмбрион тўқимасидаги митознинг метофаза босқичига таъсир қилиб уни тормозлайди. Натижада унинг етилишига ва шаклланишига салбий таъсир қилиб, уни сустлаштиради ва ҳатто тўхтатади ҳам, натижада аъзолар тараққиёти жараёнини бузади.

Кузатишлардан маълум бўлишича ҳайвон организмида витамин С, яъни аскорбин кислотанинг етишмаслиги ҳомиланинг вақтдан илгари тўхташига сабаб бўлади. Бундан шундай хулосага келиш мумкинки, организмга витамин С нинг етишмаслиги сариқ тана ва эстроген гормонлар алмашинувига салбий таъсир кўрсатади.

Витамин Е. Ҳайвонлар овқатида витамин Е нинг кам бўлиши натижасида организмнинг мой алмашинуви ҳосили бўлмиш токсик моддалар ҳомилага эмбриотоксик таъсир кўрсатади. Одатда, витамин Е нинг етишмовчилиги эмбрионнинг бачадонга жойлашганидан кейинги даврида унинг ўсишига путур етказади, ҳатто ҳалокатига сабаб бўлади, чақалоқларда мия, кўз ва тана скелети аномалияси кузатилади.

Акушерликда ишлатиладиган препаратлардан хлороформ, эфир ва бошқа бир қатор наркотик моддаларнинг мойларини эритиш хусусияти юқори бўлгани учун, плацента тўсиғидан тез ўтади ва ҳомилада уларнинг максимал концентрацияси вужудга келади. Бу препаратлар нафас олиш марказининг қўзғалувчанлигини сусайтиради. Шунинг учун ҳомила апноэ ҳолатда туғилади. Бу ҳолатнинг давом этиши наркотик моддаларнинг юборилган миқдорига боғлиқ.

Барбитуратлар. Йўлдош тўсиғидан жуда тез ўтиб, ҳомила организмига, айниқса буйрак, жигар ва нерв системасига кўп миқдорда йиғилади. Айниқса миянинг IV қоринчасида йиғилган барбитуратлар нафас марказининг деп-

рессиясига сабаб бўлиб, туғилган ҳомилалар нафас олиш системасининг етишмовчилиги билан туғилиб, бу ҳолат оғир ёки енгил кечиши мумкин. Агар барбитуратлар туғруқ жараёнида юборилса анча оғир таъсир қилади.

Шунинг учун интубацион наркозда шу ҳолатларни билган ҳолда ҳомиланинг нафас олиш марказига путур етказмайдиган препаратларни танлаш лозим.

Нейрлептик моддалар седатив ва гипотензив хусусиятга эга.

Аминазин. Плацентар тўсиқдан ўтади. Онаси аминазин олган чақалоқлар қонида ва сийдигида шу препарат аниқланган.

Аминазиннинг таъсири ҳозирча яхши ўрганилмаган. Кўп муаллифларнинг фикрича, аминазиннинг эмбриотроп таъсири йўқ. Катта дозаларда эмбриотоксик таъсирини кузатиш мумкин (бир килограммга 10 мг).

Импромин — Ҳайвонларда ўтказилган тажриба натижасида унинг эмбриотоксик моддалиги аниқланган.

Антигипертензив моддалардан резерпин — ҳомиладор аёл узоқ вақт давомида бу препаратни қабул қилса айниқса туғруқ жараёни яқинлашганда туғилган чақалоқ бронх дарахти безларининг секрецияси ошган бўлади ва болаларда брадикардия ҳолати кузатилади. Бундан ташқари кўп чақалоқларда чилла даврининг биринчи куни гипотермия бўлиши кузатилади. Шунингдек, бурун шиллиқ пардасининг яллиғланиши (ринит), уйқучанлик ҳолатлари кузатилиб, чилла даврининг биринчи ҳафтаси давомида бу белгилар аста-секин йўқолади.

Гистаминга қарши моддалардан мекдизин ва циклизинларни ҳомиладорликда ишлатиш бир қатор аномалияларга сабаб бўлади. Булардан ташқи чиқариш тешигини битов бўлиши, синдактилия, ўпка, буйрак, қовуқнинг гипоплазияси кузатилиши мумкин. Баъзи муаллифлар бу хилдаги препаратларнинг эмбрионга бўлган токсик таъсирини инкор этадилар. Аммо ҳайвонларда ўтказилган тажрибалар асосида бу препаратларнинг тератоген таъсири аниқланган А.П.Кирюшенковнинг таъкидлашича, гистамин йўлдош тўсиғидан осон ўтиб, эндометрий стромасини децидуал тўқимага айлантиради. Гистаминга қарши бўлган препаратлар бу ҳолатга салбий таъсир кўрса-

тиб, деңидуал метаморфозани тормозлаши натижасида, ҳомила тухумининг бачадон деворига жойлашишига ва унинг сўнгги тараққиётига зарар етказади.

Мускулни бўшаштирувчи (релаксантлар) препаратлардан миорелаксин, листенон, дитилин мойда ёмон эрийди. Бундан ташқари, юқори ҳароратда ионизацияланиш хусусиятига эгадир. Плацента тўсуғидан осон ўтади, аммо амалий жиҳатдан бехавотирдир.

Тубокурарин ва диплацин ионизацияланиш хусусиятига эга эмас. Плацента тўсиғидан осон ўтиб, ҳомила мускулларини бўшаштиради. Шуни назарда тутган ҳолда бу хилдаги препаратлардан чегараланган ҳолда фойдаланмоқ керак.

Тиришиш (судороги) га қарши препаратлардан натрий вальпроат, карбомазин, треметин, гексамидин, дифенинлар ҳомила тараққиётига тератоген таъсир кўрсатади. Дифенин синдроми деб аталувчи ҳолатларда ҳомила боши, юз қисми, тирноқ, қўл бармоқлари аномалияси, триметин синдромида эса дисфания, эпикандус, қулоқ ва танглай аномалиялари кузатилади.

Бу келтирилган препаратларнинг таъсир этиш механизми тўла ўрганилмаган. Умуман тератоген таъсирини назарда тутган ҳолда бу препаратлардан ҳомиладорликнинг I-ярмида фойдаланиш тавсия этилмайди.

Руҳий ҳолатни даволашда ишлатиладиган препаратлардан: мепротанни ҳомиладорликнинг эрта муддатида бериш мумкин эмас. Чунки бу препарат суст тератоген таъсирга эга. Унинг бу хусусиятини тажрибада, клиника шароитида ўрганилган. Сибазон (диазепам) ва мепротан (мепробомат) ҳам руҳий ҳолатни даволашда ишлатилиб, булар плацента тўсиғидан ўтади ва ҳомиланинг нафас марказига таъсир этиб, чақалоқда апноэ ҳолатини кузатиш мумкин.

Салицил препаратлардан бод касалини даволашда кўпроқ фойдаланилади. Амалиётда, ҳайвонларда ўтказилган тажрибаларга асосланган ҳолда бу хилдаги препаратлар тератоген таъсирига эга эмас. Аммо узоқ ва давомли ишлатилса, салбий таъсир кўрсатиши мумкин, айниқса ҳомиладорликнинг 1-ярмида препаратдан чекланган ҳолда фойдаланиш керак бўлади.

VII БОБ

ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ КЕЧИШИГА ТУРЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ТАЪСИРИ

ЎТКИР ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР

Ўткир юқумли касалликлар ҳомиладор аёлларда ҳомиладор бўлмаган аёлларга нисбатан оғирроқ кечади.

Ўткир юқумли касалликларда кўпинча аборт ва вақтдан илгари туғиш, ўлик туғиш ҳоллари кузатилади. Ҳомиланинг ўлик туғилишига ҳомиланинг иссиққа мослаша олмаслигининг она ҳарорати таъсирида ҳаддан ташқари исиб кетиш ва йўлдош тўсиғидан ўтган она токсинлари билан заҳарланиши сабаб бўлади.

Уларда йўлдош тушиш ва эрта чилла даврида, баъзан қон кетиш ҳоллари ҳам кузатилади. Янги туққан аёллар чилла даврида юқумли касалликларга тез чалинади.

Грипп. Ҳомиладорларда тез-тез учраб турадиган касаллик бўлиб, ҳомила учун жуда хавфлидир. Грипп деярли 30-40% ҳолларда ҳомиладорликнинг тўхтаб қолишига сабаб бўлади. Бундай ҳол айниқса ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида кўпроқ рўй беради.

Грипп билан оғриган аёлларда ҳомиладорликнинг тўхташига улар организмида С витаминининг етишмаслиги ва бунинг натижасида ҳомила тараққиёти учун зарур бўлган гормонларнинг борган сари камайиб кетиши сабаб бўлади.

Грипп билан оғриган ҳомиладор аёлларни одатдаги даволаш воситаларидан ташқари, витамин С (аскорбин кислота) ва сариқ тана гормони (прогестерон) билан ҳам даволанади.

Дард тутишининг сустлашиши, ҳомиланинг ўлик туғилиши, чилла даврида шу даврга хос касалликларнинг пайдо бўлиши грипп касаллиги натижасида вужудга келадиган оғир ҳоллардан ҳисобланади. Ҳомиладорликда гриппнинг олдини олиш тиббиёт ҳодимларининг энг муҳим вазифаларидандир.

Зарур профилактик чораларни қўлламасдан туриб, ҳомиладор аёлни туғруқхонага қабул қилиш ва ўз вақтида

даволаш чораларини қўлламаслик, чақалоқлар ўртасида гриппнинг осон тарқалишига сабаб бўлади. Гриппнинг бошланғич аломатлари кўринган замон, туғаётган ва туғиб бўлган аёлни ҳамда туғилган чақалоқни дарҳол алоҳида жойланади. Бундай вақтда туғруқхона ходимлари ва бемор докадан маска тутиб юриши, палатани тез-тез шамоллатиб туришлари ва кварц лампаси билан нурлантириш керак.

БОТКИН КАСАЛЛИГИ

Боткин касаллиги — эпидемик гепатит ҳомиладорликнинг кечишига, ҳомиладорлик эса ўз навбатида касалликнинг кечишига салбий таъсир кўрсатади.

М.А.Даниахиннинг таъкидлашича, ҳомиладорларда, айниқса биринчи туғувчиларда юқумли гепатит жуда оғир кечади, улар орасида ўлим кўпроқ учрайди.

Жигар фаолиятининг бузилиши бошланғич белгилардан бўлиб, хусусан кучли интоксикация, бўшашиш, сариқликнинг кўпайиши, томир уришининг тезлашиши (бир минутда 120 маротаба) ҳароратнинг нормал бўлишига қарамай, нейтрофилли лейкоцитоз, қонда билирубиннинг ошиб кетиши, оёқларда шиш пайдо бўлиши, ҳомиладорликни тўхтатишни тақозо қилади.

Бу касалликда ҳомиладорлик давом этса ҳам унда қоғоноқ сувининг вақтдан илгари кетиб қолиши, туғруқнинг учинчи даврида қон кетиши, муддатдан илгари туғиш, ҳомиланинг она қорнида ўлиб қолиши каби оғир ҳоллар жуда кўп учрайди. Шунингдек чилла даврида бачадон қисқаришининг кечикиши (субинволюция) кузатилади. Бундан ташқари, чилла давридаги жинсий аъзоларнинг инфекцион касалликлари кўп учрайди.

СИЛ КАСАЛЛИГИ

Сил касаллиги ҳам ҳомиладорликнинг кечишини оғирлаштиради. Ҳомиланинг чала ва вақтидан илгари туғилишига сабаб бўлади. Шунингдек ҳомиладорликнинг ўзи ҳам сил касаллигининг авж олиб кетишига сабаб бўлиши мумкин. Ҳомиладорлар учун юқори нафас олиш йўли сили

жуда хавотирлидир, бу касаллик жуда тез оғирлашиб, кўп ҳолатларда аёл ўлими билан тугайди. Бу касалликда албатта аборт қилиш керак бўлади. Абортни ҳомиладорликнинг биринчи уч ойида қилиш мақсадга мувофиқдир. Агар иккинчи ярмида аборт қилинса, у жараённи енгиллаштирмайди. Суяк ва бўғимлар сили ҳам ҳомиладорга ёмон таъсир қилади.

Буйраклар сили ҳомиладорлик туфайли оғирлашади. Касалланган буйракни олиб ташлаш зарур бўлса, ҳомиладорлик туфайли операция қилишни тўхтатиш керак эмас. Битта буйракдаги операциядан кейин ҳам ҳомиладорлик ва туғруқ деярли нормал кечиши мумкин.

С.П.Федоров буйрак олиб ташлангандан кейин аёл ўзини анча яхши сезиши мумкин, деб ҳисоблайди.

Ўпка сили ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ва чилла даврида оғирлашиши мумкин. Бу даврда эмизиш ҳам ўпка силига салбий таъсир қилади.

Ўпка сили, одатда, ҳомиладорликнинг кечишини айниқса биринчи ярмида ўзгартирмайди. Аммо касалликнинг оғир ҳолатларида интоксикация туфайли, ҳароратнинг баланд бўлиши ҳомиланинг чала туғилишига сабаб бўлади.

Микробнинг (бацилла) ҳомилага ўтиши жуда кам учрайди, лекин бачадоннинг децидуал қавати силида, йўлдош силида бациллалар ҳомила қорин пардаси орқасидаги безларга ва бошқа аъзоларга ўтиб, уларни касаллантириши мумкин.

Кўп ҳолатларда касаллик чақалоқларга онадан ҳаво орқали, эмизиш жараёнида ўтиши мумкин. Ҳомиланинг бўйи ва оғирлиги, одатда, нормал бўлади. Агар чақалоқлар оналаридан алоҳида парвариш қилинса, уларда ўлим сони соғлом оналардан туғилган болалардаги каби бўлади. Сил билан оғриган аёлнинг туғиши мумкин-мумкин эмаслигини бу касалликни даволовчи врач билан акушерка биргаликда ҳал қилишлари лозим. Силнинг компенсирланган формаси ҳомиладорликка таъсир қилмайди.

Ўпка силининг оғир ҳолатида ҳароратнинг баланд бўлиши, қон туфлаш, кўп терлаш, беморнинг озиб кетиши, ҳомиладорликнинг эрта муддатида тўхтатишни тақозо қилади (10-12 ҳафтада). Агар ҳомиладорлик муддати бун-

дан ошиб кетса, аборт қилиш касалликни янада мушкуллаштириб, операция оғир ўтиши мумкин.

Бронхит. Бронхитда нафас олиш бузилиши сабабли ҳомиладор аёлда нафас сиқиш, кўкариш ҳолатлари кузатилади. Бу жараённи вақтида олдини олиш керак бўлади.

Крупоз пневмония-зотилжам. Бу касаллик кўпинча ҳомиланинг эрта тўхташига сабаб бўлиши мумкин. Айниқса бу ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида кўпроқ кузатилади.

Микроб бўғимларга, ўпка пардасига ва бачадонга тушиб, уларни зарарлаши мумкин. Онадан пневмококк ҳомилага ҳам ўтиши мумкин. Туғруқнинг иккинчи даврида шароит бўлса, ҳомиланинг туғилишини тезлатиш (қисқич билан олиш) керак бўлади. Қисқични бемор ярим ўтирган ҳолатида қўйилади, чунки ётган ҳолда нафас олиши қийин бўлади. Туғруқни тезлатишда мавжуд шароитга қараб туғдириш усуллардан фойдаланиш керак.

Сўзак касаллиги. Бу касалликка қарши даволаш чоралари ўз вақтида қўлланилса, бемор тезда тузалиб, ҳомила соғлом туғилади. Ҳар бир ҳомиладор аёл сўзак билан оғриган-оғримаганлигидан қатъий назар, ҳомиладорликнинг биринчи ярмида аёллар маслаҳатхонасида тегишли текширувдан ўтиши лозим (3 та нуқтадан бакэкма).

Ҳомиладор аёлдан ўзини ёки эрини илгари сўзак билан оғриган-оғримаганлигини, илгариги ҳомиладорликларда аборт ёки ўлик туғилиш ҳоллари бўлган-бўлмаганини сўраб билиш ташхис қўйишни енгиллаштиради. Зарур бўлган ҳолларда ҳомиладорнинг эри ҳам текширилади. Бундан ташқари, маслаҳатхонада албатта СПИД га ва захмга текшириш учун қон олинади.

Безгак касаллиги. Безгак касаллиги фақат онагагина эмас, балки ҳомилага ҳам таъсир қилиб, ҳомиладорлик ва туғруқнинг ўтишини издан чиқариш каби оғир ҳолларни вужудга келтиради. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида безгак касали билан оғриган аёлларнинг деярли ярми муддатдан илгари туғадилар. Ҳомиладорликнинг тўхташи безгак касаллигининг турига ва давом этишига боғлиқдир. Ҳомиладорлик безгакнинг латент (яширин) турини кучайтириши мумкин. Касаллик айниқса чилла даврининг биринчи кунларида кўпроқ қайталанади.

Ҳомиланинг она қорнида безгак билан оғриши мумкинлигини бир қанча олимлар исбот қилганлар. Безгак паразитлари она организмидан ҳомила қонига турли йўллар билан ўтади. Улар ҳомиладорликда, туғиш вақтида, децидуал парда кўчиб тушганда плацента орқали, шунингдек туғиш вақтида туғруқ жароҳатлари орқали ҳам ўтади.

Безгак, айниқса унинг тропик хилида ҳомиланинг кўпроқ она қорнида ўлиб қолиши кузатилади. Касаллик пайдо бўлиши билан ҳомиладорлик орасида ўтган вақт қанча кам бўлса, ҳомиланинг ўлик туғилиш ҳоллари шунча кўп бўлади.

Безгак натижасида рўй берадиган оғир ҳоллар ичида ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида авж оладиган камқонлик касаллиги катта ўрин тутади. Безгак билан оғриган ҳомиладор аёллар вақтида даволанса, ҳомиладорлик одатда нормал кечади.

Бруцеллёз касаллиги. Ҳомиладорликда бруцеллёз касаллиги ҳам алоҳида аҳамиятга эга. Бунда асосан йўлдош зарарланади. Касаллик микроби қон томирлари орқали ҳомила организмига ўтиши натижасида, унинг она қорнида зарарланишига ва ўлиб қолишига сабаб бўлади. Бруцеллёз билан оғриган ҳомиладорларда мустақил аборт (бола ташлаш) ўрта ҳисоб билан 40,7% ни, вақтдан илгари туғиш — 16,7 % ни ташкил этади.

Ҳомиладорликнинг вақтдан илгари тўхташига ва ҳомиланинг она қорнида дард бошланмасдан олдин ўлиб қолишига, томирлар системасида, хусусан капиллярларда рўй берадиган ўзгаришлар сабаб бўлса керак, деб фикр юритилади. Бу турли қон қўйилишлар, дегенератив ўзгаришлар ва яллиғланиш жараёнлари билан намоён бўлади. Юқорида кўрсатиб ўтилган ўзгаришлар йўлдошни гистологик йўл билан текшириб аниқланади. Она бруцеллёз билан оғриган бўлса, ҳомилада анемия рўй беради.

Бруцеллёз инфекцияси ҳомиладор аёл организмига таъсир қилиб, гемоглобинни камайтиради, кўпинча йўлдошнинг олдин келиши ва йўлдошнинг вақтдан илгари кўчиши каби ҳоллар кузатилади. Бир неча марта вақтдан илгари туққан ёки чала ташлаган аёлларнинг қонини албатта Райт ва Хеддльсон реакцияси бўйича текшириш керак

бўлади. Агар бунда реакция мусбат бўлса, аёлнинг касаллигини кўрсатади.

ҲОМИЛАДОРЛИК ВА БУЙРАК КАСАЛЛИКЛАРИ

Ҳомиладорликдаги нефрит, илгари бўлиб ўтган юқумли касалликлар (ангина, дифтерия, скарлатина ва бошқалар) фосфор, сулема, мишьяк ва бошқалар билан заҳарланиш натижасида вужудга келиб, кўпинча ҳомиладорликнинг ўз-ўзидан тўхтаб қолишига сабаб бўлади.

Сурункали нефрит ҳам ҳомиладорликда оғир ҳолларни вужудга келтириши мумкин. Ҳомиладорликнинг биринчи ойлариданоқ сийдикда оқсил, гиалинли ва донали цилиндр эпителийлар кузатилади, қон босими ошиб, шишлар пайдо бўлади. Акушерлик тажрибасида ҳомиладорликдаги нефрит билан нефропатияни бир-биридан фарқ қилиш катта аҳамиятга эга.

Ҳомиладордаги сурункали нефритни таҳлил орқали ҳам аниқлаш мумкин. Бундан ташқари, юрак чегарасининг кенгайиб, аортада иккинчи тоннинг акценти пайдо бўлиши, артериал босимнинг кўтарилиши ҳомиладорликнинг бошиданоқ сийдикда оқсил пайдо бўлиши ва шишларнинг вужудга келиши, гематурия (сийдикда янги эритроцитлар) бўлиши ҳам беморда нефрит борлигини кўрсатади. Шу билан бирга ҳомиладорларда бош оғриши, кўзининг ёмон кўриши, уремик кома каби оғир ҳоллар кузатилади. Ўткир нефритда йўлдошда "оқ инфаркт" (некроз ўчоқлари) пайдо бўлиши натижасида ҳомила она қорнида нобуд бўлади.

Сурункали нефритда, кўпинча йўлдошнинг барвақт кўчиши ёки унинг бачадон деворига маҳкам ёпишиб қолиши каби оғир ҳоллар кузатилади.

Нефрит касаллигида, ҳомиладорликни сунъий йўл билан тўхтатиш зарур.

ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ЮРАК-ТОМИР ТИЗИМИНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ

Юрак-томир тизими касалликлари билан оғриган ҳомиладорларни кузатиб бориш керак бўлади. Чунки ҳомиладорликда юрак ва томирларга кўпроқ оғирлик ту-

шади. Айниқса туғиш вақтида бу тизимнинг фаолияти ошади.

Юрак ёки қон томирлар касаллигида ҳомиладорлик пайдо бўлиши билан қон алмашинувида бир қатор ўзгаришлар кузатилади.

Бу касалликлардан; икки тавақали юрак клапанларининг (тўсиқлари) етишмовчилиги, митрал клапанларининг торайиши, юрак ревматизми ва септик ҳолатлар натижасида вужудга келадиган эндокардитлар ва стенокардия жуда хавфли ҳисобланади.

Ҳомиладорликда бачадон деворларидаги қон айланиш тизими (учинчи қон айланмаси) нинг вужудга келиши натижасида юрак ва томирларининг фаолияти мураккаблашади. Ҳомиладорликда аёлдаги умумий қон миқдори 600 мл гача кўпайган бўлади. Бу юракка ва қон томирларига кўпроқ маъсулият юклайди.

Юрак-томир тизимига айниқса туғиш жараёнида кўпроқ оғирлик тушади.

Агар туғруқнинг иккинчи даври бир соатдан ошиқ давом этса, ёки жуда қисқа (бир неча минут) бўлса, бу юрак ва томирларга кучли таъсир қилади, яъни-нерв ва мускул системаларининг, қон айланиш фаолиятининг кескин ўзгариши юрак фаолиятига салбий таъсир қилади. Шунингдек, ҳомила туғилгандан кейин қорин бўшлиғининг босими пасайиб кетиши натижасида коллапс вужудга келиши ҳам мумкин.

Юрак-томир касаллиги билан оғриган аёлларда туғиш вақтида, баъзан туққандан кейин юрак фаолиятининг декомпенсацияси вужудга келади (бундай ҳол қон кетганда ҳам кузатилиши мумкин). Булардан ташқари, организм кучсизланиб, туғруқ узоқ чўзилиши натижасида ҳомиладор қон йўқотса, юрак-томир фаолиятининг декомпенсацияси пайдо бўлиши мумкин. Юрак-томир касалликлари бўлган аёлларда туғиш вақтида кўпинча ҳомилада асфиксия рўй беради. Юракнинг митрал клапанлари торайиб, юрак мускуллари зарарланган, стенокардия, эндокардит ва бошқа юрак касалликлари бўлган аёлларда ҳомиладорлик дастлабки ойларидаёқ (3 ойгача) тўхтатилади. Агар аёл туғишни жуда ҳоҳласа ёки маслаҳатхонага кечроқ (ҳомиладор бўлгандан 12 ҳафтасидан кейин) кел-

ган бўлса, ҳомиладорликни давом эттириш мумкин ёки мумкин эмаслигини аниқлаш учун уни стационарга ётқизилади ва даво чоралари кўрилади. Даволаш чоралари кўрилганига қарамай, аёлнинг аҳволи оғирлашса, унда ҳомиладорликни кесарча кесиш усулида тўхтатилади. Агар аёлнинг умумий аҳволи даволангандан кейин яхшиланса, ҳомиладорликнинг сўнгги муддатгача олиб бориш мумкин бўлса, бари-бир уни ҳомиладорлик давомида камида уч марта стационарга ётқизиб, профилактик даволаш шарт. Туғиш вақтида кесарча кесиш операцияси қўлланилади. Бунинг учун новокаин билан инфильтратив оғриқсизлантириш перидурал анестезия усулини қўллаш мақсадга мувофиқдир. Агар аёл туғруққонага дард бошланганда келса (оддатда, уларни камида 3 ҳафта олдин ётқизилиб, туғруққа тайёрланади) ҳомиланинг боши кичик чаноқ ичида ёки тубида турган бўлса, қисқич ёрдамида туғдирилади. Бунда ташқи жинсий аъзолар нерви соҳасига новокаиндан инфильтратив равишда укол қилиб, оғриқсизлантириб туғдирилади.

Юрак-томирлари касалланган аёлларда туғруқни бошқариш жуда масъулиятлидир. Бундай аёллар бачадон бўйнининг очилиш давридан бошлаб то туғиш тамом бўлгунча шифокор назоратида бўлишлари зарур.

Шуни айтиб ўтмоқ керакки, юрак-томир тизими касаллиги билан оғриган ҳомиладорлар маслаҳатхонада психопрофилактик оғриқсизлантириш амалларини тўла ўрганишлари ва туғруқ жараёнида уни қўллашлари шарт. Чунки туғруқдаги оғриқ касалликнинг оғирлашишига олиб келиши мумкин. Бунда аёлнинг қон айланиш системасига путур етади.

Бундан ташқари, туғиш вақтида аёлнинг териси остига 1 мл 2% промедол эритмаси юборилса, оғриқ деярли тўхтайди. Ҳомила она қорнида асфиксияга учрамаслиги учун А.П.Николаев усулини қўллаган ҳолда юрак дорилари — кордиамин ва бошқа препаратларни вақти-вақти билан бериб туриш шарт. Ҳомила туғилгандан кейин ҳолсизланиш (коллапс)нинг олдини олиш учун аёл қорнига қум солинган халтача қўйилади. Бу халта қорин деворини босиб, қорин бўшлиғидаги қон томирларига ортиқча қон қуйилиши ва мияни қонсизланишдан сақлаб қолади.

Юрак касаллиги бўлган аёллар чилла даврида албатта ўринларида ётишлари керак. Бундай аёлларга туққандан кейин 3 ҳафта ўтгач туғруқхонадан уйига кетишга рухсат берилади ва бир йил давомида аёллар маслаҳатхонасидаги ички касалликлар врачининг доимий назорати остида бўладилар.

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ ВА ҲОМИЛАДОРЛИК

Ҳомиладорлик, одатда, гипертония касаллигини оғирлаштиради. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида (биринчи ойларида ва ҳатто дастлабки ҳафталарида) қон босимининг кўтарилишини ҳомиладорликдаги токсикозларнинг белгиси деб эмас, балки ҳомиладорликкача яширин ўтган гипертония касаллиги деб ҳисоблаш керак.

Гипертония касаллигининг характерли белгиларидан бири — томирлар спазми (сиқилиши) дир. Томирлар спазми ортган сари, тўқималарнинг кислород билан таъминланиши қийинлашади, натижада аъзолар фаолияти бузилади ва уларда дистрофик ўзгаришлар пайдо бўлади. Бундай вақтларда ҳомиладорнинг боши оғриб, кўзи хиралашади, сийдикда оқсил ва цилиндрлар пайдо бўлади, клиник кўриниши нефропатияга ўхшаб кетади. Бунда анамнез катта ёрдам беради. Аёл ҳомиладор бўлмаганда ҳам шу юқорида қайд қилиб ўтилган белгилардан шикоят қилади.

Бачадон, йўлдош томирлари спазми рўй берганда ҳомилада озиқа моддалари ва кислород алмашинуви қийинлашади, натижада ҳомиланинг она қорнида нобуд бўлиши, аборт ва вақтдан илгари туғилиши каби оғир ҳоллар юз беради.

Кучаниқ вақтида турли аъзоларга, шу жумладан мияга қон қуйилиши мумкин. Гипертония касаллигининг сурункали турида ҳомиладорликни дарҳол тўхтатиш зарур. Ҳомиладор аёллар маслаҳатхонасига биринчи маротаба келганидан бошлаб, ҳар гал унинг артериал қон босими ўлчанади. Аёлнинг қон босими ошган бўлса, уни дарҳол туғруқхонага ётқизиб даволанади. Ҳозирги кунда акушерлик мажмуалари қошида шундай аёллар учун ҳомиладорлар экстрагенитал патологияси ва туғруққа тайёрлаш бўлимлари очилган.

АППЕНДИЦИТ ВА ҲОМИЛАДОРЛИК

Ҳомиладорликда учрайдиган касалликлардан бири ўткир аппендицитдир. Бу касаллик, айниқса ҳомиладорликнинг сўнгги муддатларида оғир кечади. Бачадон катталашган сари қорин бўшлиғидаги аъзолар топографияси (бир-бирига нисбатан) ўзгаради, натижада чувалчангсимон ичак (кўричак) ҳам юқори кўтарилади. Чувалчангсимон ичакнинг яллиғланиши бачадонга таъсир қилади ва организмда интоксикация (ички заҳарланиш) вужудга келади. Аёлнинг ҳарорати кўтарилади. Аппендицит натижасида ҳомиладорлик кўпинча муддатдан олдин тўхтайди. Ҳомиладорликда, агар ўз вақтида операция қилиниб зарарланган чувалчангсимон ичак олиб ташланмаса, ичак ўлади (гангрена) ва ниҳоят, қорин пардасининг яллиғланиши натижасида аёл ҳалокатга учраши мумкин. Агар аппендицит билан оғриган аёл туға бошласа, туғиш вақтида, айниқса кучаниқда чувалчангсимон ичак бойламлари тортилади. Бунинг натижасида аппендицит ёрилиши ва перитонит (қорин пардасининг яллиғланиши) вужудга келиши мумкин. Аппендицит борлиги аниқлангандан кейин бундай аёлларни ҳомиладорлик муддатидан қатъий назар, операция қилиш учун дарҳол стационарга ётқизилади (жарроҳлик бўлимига).

АСАБ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ҲОМИЛАДОРЛИК

Ҳомиладорлик, туғруқ ва кўпинча чилла даврида бўладиган психоз (руҳий касалликлар), асаб системаси мустаҳкам бўлмаган ва арзимаган нарсага юраги сиқилаверадиган аёлларда учрайди.

Ҳомиладорликдаги руҳий ҳолат депрессив характерда бўлади. Чилла даврида эса кўпинча қўзғалувчанлик, маниакал ҳолат билан ўтади. Аёл ҳатто ўзини-ўзи ўлдиришга ҳаракат қилади. Бундай беморларни асаб касалликлари касалхонасига ётқизилади. Ҳомиладорликда ва чилла даврида рўй берган бу асабий ҳолатни тўғри даволанилса, тезда тузалиб кетиши мумкин.

ТУТҚАНОҚ КАСАЛЛИГИ (ЭПИЛЕПСИЯ)

Агар аёл ҳомиладор бўлишидан илгари эпилепсия билан оғриган бўлса, бу касаллик ҳомиладорликда қайта кучаяди, эпилептик тутқаноқлар тезлашади. Агар вақтида даволанилса, эпилепсия тутқаноғи анча камаяди. М.Х.Содиқова эпилепсия билан оғриган аёлларни ҳомиладорликдан олдин ва ҳомиладорлик вақтида кузатиб, керакли даво чораларини қўлланилса, эпилепсиянинг ҳомиладорликда осон кечиши мумкинлигини исбот қилади.

Эпилепсия тутқаноқларини экламисия тутқаноқларидан фарқ қила билиш керак. Эпилепсияда гипертония, альбуминурия ва аёл танасида шиш бўлмайди. Бундан ташқари, анамнез йўли билан ҳомиладор бўлишдан илгари аёлда эпилепсия тутқаноғи бўлган-бўлмаганини аниқланади.

Баъзан ҳомиладор аёлларда уч шохобчали юз нерви, қуймич нерви, қовурға оралиғидаги нервлар соҳасида оғриқлар ва парестезия (текканда оғрийди) вужудга келади. Бунга сабаб аёл организмида B_1 витамини етишмаслигидир. Буни B_1 витаминидан инъекция қилиш билан даволанади. Ҳомиладорликда, неврит ва полиневритлар вужудга келиши ҳамда хорея касаллиги учраши мумкин. Хореяда тана мушаклари тортишиб, силкинади. Бундай тортишиш, одатда, қўллардан бошланиб, сўнгра оёқларга ўтади. Бу ҳолат кечаю-кундузи қайталаниши мумкин. Хорея билан оғриган ҳомиладор кўпинча вақтдан илгари туғади. Буни даволаш учун организмни қувватлантирувчи ва ухлатувчи воситалардан фойдаланилади. Оғир ҳолларда агар даволаш ёрдам бермаса, ҳомиладорлик тўхтатилади.

ЭНДОКРИН СИСТЕМАСИ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ҲОМИЛАДОРЛИК

Аёл ҳомиладор бўлишидан олдин эндокрин касалликлар билан оғриган бўлса, ҳомиладорликнинг биринчи ҳафталариданоқ унинг умумий аҳволи анча ўзгаради. Масалан, қалқонсимон безларнинг гипертиреоз турдаги касалликлари (Базедов касаллиги) ҳомиладорликда зўрайи-

ши мумкин, натижада бу ҳомиладорликнинг кечишига путур етказади. Баъзан ҳомиладорлик, аксинча, бу касалликнинг кечишига ижобий таъсир қилади. Гипертиреоз зўрайса, дарҳол ҳомиладорликни тўхтатиш зарур бўлади.

ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИ (ҚАНД КАСАЛЛИГИ)

Бу касалликда ҳомиладорлик камроқ учрайди. Ҳомиладорлик касалликнинг кечишига салбий таъсир кўрсатади. Баъзан она ва ҳомила организмида инсулинга талаб кучайиш натижасида диабетик кома юз бериши мумкин. Ҳомиладорликда: кўп сувлик ҳомила, токсикозлар ва кўпинча ҳомиланинг ўлик туғилиш ҳоллари кузатилади. Енгил даражадаги диабетда ҳомиладорни тўғри даволанса, ҳомила муддатига етиб туғилиши ва туғруқ нормал ўтиши мумкин. Агар оғир формаси бўлса, чала ташлаш, ихтиёрсиз аборт кўпроқ кузатилади. Бундан ташқари, туғилган чақалоқларда тараққиётдан орқада қолиш, кичкина, турли нуқсонлар билан туғилиш кўпроқ учрайди. Диабет касаллигида ҳомила катта туғилиши ва кўпинча қоғоноқ пардаси олдин ёрилиб, сув кетиб қолиши ҳоллари кузатилади.

Агар аёл сийдигида қанд аниқланса, уни синчиклаб текшириш ва даволаш лозим бўлади.

Ҳомиладорликда ва туғруқ жараёнида плацентанинг ўрнидан барвақт кўчиши, чилла даврида қон кетиш ҳолатларини ҳам кузатиш мумкин.

Диабет касали бор ҳомиладорлар углеводли овқатларни кам, лекин сифатли, юқори калорияли овқатларни истеъмол қилишлари керак.

БАЪЗИ ИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ҲОМИЛАДОР АЁЛГА, ҲОМИЛАГА – ЧАҚАЛОҚҚА ТАЪСИРИ

Деярли барча юқумли касалликлар, кўпинча паразитлар ҳомиладорликка, туғруққа ва чилла даврига салбий таъсир қилади. Улар таъсирида аъзолар фаолияти ишдан чиқади. Аъзолар одатда ҳомиладорликнинг нормал ўтиши ва ҳомиланинг ўсиши учун оптимал шароит туғдиради. Аммо инфекция туфайли зарарланган аъзолар ҳоми-

ланинг ўсишига путур етказади. Унинг организми фаолиятига ва морфологик ҳолатига таъсир қилади. Бу ҳолат ўз навбатида ҳомилада турли нуқсонлар вужудга келтириши мумкин. Нуқсонли чақалоқларнинг баъзиларигина яшашга қобилиятли бўлиб туғилади.

Ҳомиладорликда: токсоплазмоз, листериоз ва орнитоз касалликлари кўпроқ учрайди.

ТОКСОПЛАЗМОЗ

Ҳомиладордаги нуқсонлар турли сабаблар натижасида вужудга келиши мумкин. Буларга: ҳомиланинг она қорнида инфекция, паразитар касалликлар, эмбрион тараққиётига таъсир кўрсатувчи кимёвий моддалар, гормонлардан нотўғри фойдаланиши (кортикостериодлар) ва наслий касалликлар орқали, токсоплазмозда анамнез орқали аёлдан уйда мушук ёки кучук бор йўқлиги аниқланади.

Агар уй ҳайвонлари борлиги аниқланса унда онада токсоплазмоз ёки листериоз касаллиги бор-йўқлиги текширилади. Токсоплазмознинг морфологик ва биологик хусусиятини ҳар томонлама ўрганиш талаб қилинади.

Токсоплазмознинг қўзғатувчиси 1908 йилда деярли бир вақтда Бразилиялик олим Сплендер, Алжирлик Никол ва Манса томонидан гонди номли кемирувчилардан топилган. Шунинг учун токсоплазмоз гонди деб аталади.

Кейинроқ бу паразит фақат кемирувчи ҳайвонлардагина эмас бошқа турдаги уй ҳайвонлари ва ёввойи ҳайвонларда ҳам топилган. Одам ҳам шу паразитни ташувчиси бўлиши мумкин. Аммо клиник кўриниши аниқ бўлиши шарт эмас.

Токсоплазмоз гонди оддий шаклларга кириб, унинг шакли ярим ой ёки апельсин бўлагига ўхшайди, бўйи 4-5 мк, эни 2-4 мк токсоплазманинг ташқи қобиғи бўлиб, ҳужайранинг ўртасида ядроси жойлашган.

Бўялган препаратларда паразитнинг шакли ўзгариши мумкин. Паразит айланиш ва сурилиш билан жойини ўзгартиради. Микрофотода уларнинг ҳужайраларга киришини кузатиш мумкин. Паразитлар кўндаланг равишда бўлиниб кўпаяди.

Қўзғатувчи кўпайишини лаборатория шароитида ҳайвонларни касаллантириб кузатиш мумкин (оқ сичқон, денгиз чўчқаси, қуён ва бошқалар). Токсоплазма гонди ҳайвонларни, қушларни ва одамларни касаллантириши мумкин. Бунда у бир кўринишдан иккинчи кўринишга ўтиш йўли билан, контакт ёки умумий ишлатиладиган асбоблар (предмет) орқали ўтиши мумкин.

Организмдан ташқарида токсоплазма турли таъсирларга чидамсиз бўлади. 2-4° ҳароратда ҳужайра ичида 30 кунгача яшаши мумкин. Уй ҳароратида ош тузининг физиологик эритмасида бир неча соатда ҳалок бўлади. Ўлган ҳайвонлар танасида анча узоқ яшаши мумкин.

Уй ҳароратида сичқонларнинг мия тўқимасида 2 кунгача яшаши мумкин.

Одамга токсоплазмоз касаллиги уй ва ёввойи ҳайвонлар (каптарлар, товуқлар, чўчқа, мушук, кучуклар) орқали тарқалади. Чунки одам улар билан доимий мулоқатда бўлади.

Касаллик ҳўл мева, сабзавот, хом тухум, қайнатилмаган сут орқали ҳам юқиши мумкин. Бундан ташқари, токсоплазма қўл ва турли буюмлар орқали ҳам юқади.

Агар ҳайвон ўпкаси токсоплазмоз билан касалланган бўлса одам ҳаво орқали зарарланади (томчи сифатида). Паразитлар нафас йўллари ва ҳазм аъзоларининг шиллиқ пардасига осон жойлашади.

Аёл токсоплазмоз билан ҳомиладорликдан олдин ёки ҳомиладорликда касалланиши мумкин. Токсоплазма онадан ҳомилага осон, йўлдош, қоғоноқ суви ва ошқозоничак орқали ўтиши мумкин.

Агар касаллик плацента орқали ўтган бўлса, унинг ҳамма аъзосини зарарлайди. Токсоплазмозда ҳомила аъзоси ва тўқималаридан энг кўп зарарланадиган қисми, мия, жигар, қора талоқ, ўпка, юрак ва бошқа аъзолардир.

Ҳомиланинг эмбрионал даврида кўпроқ унинг мия тўқимаси, жигари ва қора талоғи зарарланади. Қўзғатувчи ҳужайра мембранасидан ўтиб протоплазмасида кўпаяди, унинг бузилиши натижасида ҳужайралар оралиғига ўтиб, кейин яна қайтадан бошқа ҳужайраларга киради.

Токсоплазманинг ҳужайралар ичида кўпайиши псевдоциста деб аталади.

Токсоплазманинг ҳужайралар ичида кўпайиши уларнинг тузилишини ўзгартиради ва натижада ҳомиланинг шу аъзоларида нуқсонлар вужудга келади.

Нуқсонларнинг характери аёл ҳомиладорликнинг қайси муддатида касалланганига боғлиқдир.

Ҳомиланинг зарарланиши аъзоларнинг шаклланиши даврига тўғри келса, унда аъзо ва тизимларнинг зарарланиши кузатилади.

Агар касаллик ҳомиладорликнинг охирги муддатларида юққан бўлса, унда асосан бириктирувчи тўқималарнинг яллиғланиш ҳолати кузатилиб, морфологик ўзгариш чегараланган ҳолда бўлади. Токсоплазмани аниқлаш реакцияси анча мураккаб бўлгани учун уни ҳайвонларда, инсонларда неча фоиз учрашини белгилаш анча қийин. Серологик усул аниқ натижа бермаслиги мумкин.

Токсоплазма ташувчи одамлар соғлом кўринсалар ҳам касаллик турли шаклда намоён бўлиши мумкин.

Она ҳомиладорлик вақтида зарарланган бўлса, туғилган болаларда касалликнинг белгилари айниқса яққол кўзга ташланади.

Токсоплазмоз икки турда: туғма ва турмушда орттирилган шаклларда учрайди.

Ҳомила она қорнида касалланган бўлса, кўпроқ унинг бош ва орқа мияси зарарланади. Ҳомилада учрайдиган энг оғир нуқсонларидан: бош миянинг зарарланиши, бош миянинг бўлмаслиги, мия чурраси, орқа мия канали суягининг очиқ бўлиши ва бошқа нуқсонлар учрайди. Бундай нуқсонли ҳомилалар яшашга қобилиятсиз бўладилар. Улар ўлик туғиладилар ёки туғилгандан кейин тезда ўладилар.

Шунингдек, бош миядаги нуқсонларда кўпроқ учрайдигани унга сув йиғилиши (гидроцефалия) дир. Бундай нуқсон билан туғулган болалар яшасалар ҳам, лекин ақл жиҳатдан ногирон бўладилар. Бош мияга сув йиғилган сари мия тўқимаси сиқила бориб, ниҳоят атрофияга учрайди. Бунда кўпинча ҳомиланинг кўзи зарарланиб, бунга кўз тўри нерви зарарланиши сабаб бўлади.

Баъзи болаларда мия суяги ўсмай, боши кичкина (микроцефалия) бўлиб қолиши ҳам мумкин. Ҳозирда токсоплазма ҳомиланинг барча аъзо ва системаларини зарарла-

ши кўпроқ кузатилгани маълум бўлмоқда. Баъзан ҳомила туғилганда соғлом кўринса ҳам, токсоплазмоз белгилари кейинчалик намоён бўлмоқда.

Ҳомиланинг ўлик туғилиши ҳам кўп кузатилади. Аммо ҳомиланинг ўлик туғилишига фақат токсоплазмоз сабаб бўлади деб фикр юритиш хатодир. Бошқа бир қатор сабаблар ҳам ҳомиланинг ўлик туғилишига сабаб бўлади. Шунга кўра бундай сабабларни синчиклаб ўрганиш керак.

Туғма токсоплазмознинг учта тури бор: ўткир, ўртача, хроник (сурункали) формалар. Бу кўринишлар ўзига хос белгилар билан кечади. Касалликнинг ўткир турида ҳомила туғилиши билан тезда унинг белгилари кўрина бошлайди. Бунда боланинг ҳарорати кўтарилади (37,1°—37,5°), баъзан 38-39° гача кўтарилиши мумкин. Ҳарорат маълум тартибда бўлмайди. Кўп болаларнинг жигари ва қора талоғи катталашади, унинг танасида пуфакчалар ёки қизил доғлар (қон қуйилганини эслатувчи) пайдо бўлади. Бундан ташқари, танасида турли кўринишда шишлар кузатилади. Касалликнинг бу шакли ҳомиланинг ҳомиладорликнинг охирроғида токсоплазмоз билан касалланишидан бўлади. Иккинчи хили ҳомиланинг ҳомиладорликнинг анча эрта даврида касалланганида учрайди.

Бундай бола бетоқат бўлади, қайт қилади, бўшашиб, қимирлашга ҳоли бўлмайди, кўкракни яхши эма олмайди.

Айрим болаларда тиришиш ҳолатлари кузатилиб, бу ўз-ўзидан, ёки бирор қитиқланиш омиллари таъсирида вужудга келиши мумкин. Оёқ-қўлларининг фалажи ёки мускуллар тонусининг ошиши, титраш ҳолатларини кузатиш мумкин.

Токсоплазмознинг хроник (сурункали) шаклида мия қоринчасидан мия суви чиқишининг бузилиши натижасида гидроцефалия вужудга келади. Бу токсоплазмоз таъсирида мияда яллиғланиш жараёни натижасида мия суюқлигини кўпайишидан бўлади. Касалликнинг сурункали кечишида бош мия суягини яхши тараққий қилмаслиги натижасида бош кичкина бўлади (микроцефалия), кўз олмаси яхши тараққий қилмаслиги кўз тўр пардасини ва кўриш нервини атрофиялайди.

Рентген ва ультратовуш ёрдамида бош мия тўқимасида кальцийфикат (кальцийнинг тўпланиши) ҳолатини кў-

риш мумкин. Касалликнинг бу формасида парез ва фалаж, эпилепсияга ўхшаш тутқаноқни кузатиш мумкин. Бола ақлий жиҳатдан орқада қолади ёки умуман ақли паст бўлади. Касаллик маълум аъзоларни ёки аъзо тизимларини зарарлаши мумкин. Агар ҳомила туғилгандан кейин касалланса, унинг клиникаси 10-12 кундан кейин билина бошлайди.

Бунда турли клиник турлар кузатилади: а) ўткир тури — терлама тифига ўхшаб кетади; б) менингиэнцефалитга ўхшаш шакли; в) ўпка тури — ўпканинг шамоллаши (пневмония)га ўхшаб кетади; г) ичаклар тури — бунда энтероколитнинг ўткир шаклига ўхшаш бўлади.

Токсоплазмани микроскоп орқали ёки биологик усул билан аниқланади. Бунинг учун токсоплазмоз гумон қилинган ўлик тўқималаридан олинган материаллардан фойдаланилади. Амалиётда бу икки усул ёрдамида ҳамма вақт ҳам касалликни аниқлаш мумкин бўлавермайди.

Касалликни аниқлашда анамнез ва беморнинг ҳар томонлама текшириш яхши ёрдам беради. Агар туғилган бола тирик бўлса, унинг тараққий қилиши диққат билан кузатиб борилади.

Ўлик туғилган болаларни мия моддаси, жигар ва қора талоқлари текширилганда касалликни аниқлаш мумкин бўлади. Ҳозирда беморни клиник текширишда токсоплазмин билан тери аллергик реакцияси кенг тарқалган. Бу реакцияда касалнинг билак терисига ингичка ич ёрдамида токсоплазмин (0,05-0,1 мл) юборилади, 24-48 соатдан кейин реакция кузатилади. Бунда инъекция қилинган ерда яллиғланиш жараёни кузатилса, реакция мусбат бўлади. Одатда қизиллик 10 мм ҳажмда бўлади, қизарган жой қанча кенг бўлса бу реакцияни шунча кучлилигини кўрсатади.

Амалиётда реакция қўшув (+) белгиси билан белгиланади. Агар битта қўшув белгиси бўлса (қизил юза 10 мм дан кам бўлади) бу манфий реакцияни кўрсатади. Агар иккита қўшув белгиси бўлса бу суст мусбат, 3 та бўлса мусбат, тўртта — касалликнинг аниқлигини билдиради (бунда қизил юза 20 мм ва ундан кенг бўлади).

Бу реакция натижасида пайдо бўлган теридаги қизиллик беморнинг бутун умри давомида сақланиб, даволангандан сўнг ҳам беморнинг тузалганини аниқ билиш анча

қийин бўлади. Серологик реакция (РСК) анча аниқ натижа бериши мумкин. Бунда касал қонидан зардоби ажратиб олинади (антитело). Қўйнинг эритроцитини ва махсус тайёрланган антиген (касал юқтирилган ҳайвоннинг қорин бўшлиғидан экссудат олинади), олиниб реакция учун лозим бўлган гемолитик система тайёрланади. Агар бунда гемолиз бўлмаса реакция мусбат бўлади, буни тўртта қўшув белгиси (+ + + +) билан белгиланади. Агар тўла, ёки деярли тўла гемолиз бўлса унда реакция манфий бўлади.

Бу аралашмага текширилиши керак бўлган қон зардоби қўшилади. 60 минутга термостатга қўйилади, сўнг унга метил кўки эритмасидан қўшилади. Агар текширилаётган қонда қўзғатувчининг специфик антитело ҳужайралари бўлса, токсоплазма бўялмайди, агар улар бўлмаса бўялади. Реакциянинг мусбат деб ҳисоблашда 50% ҳужайралар бўялмаган бўлади. Контрол учун олинган эритмада ҳужайралар 100% бўялмайди. Бу текширув анча аниқ натижа беради.

Бир неча ой давомида бу реакция мусбат бўлиб $1^1/_2$ — 2 йилдан кейин манфий бўлади. Касалликка қарши профилактик чоралар кўриш токсоплазмоз билан касалланишни олдини олади.

Токсоплазмозни даволаш учун хлоридин (дараприм)дан фойдаланилади. Сульфаниламидлар ҳам ижобий натижа бериши мумкин. Агар ҳомиладорда токсоплазмоз аниқланса, хлоридин билан даволашни ҳомиладорликнинг 10 ҳафталигидан олдин бошламаслик керак.

Хлоридин ҳомила аъзолари тараққиётига салбий таъсир кўрсатиб, унда турли нуқсонлар вужудга келиши мумкинлигини А.П.Дибан тажрибада аниқлаган.

Сульфаниламид препаратларини ҳам ҳомиладорликнинг эрта муддатида қўллашни чегаралаш лозим.

ЛИСТЕРИОЗ

Бу касаллик ҳам ҳомиладорликнинг кечишига салбий таъсир қилиб, ҳомила тараққиётини турли босқичларида издан чиқазади. Ҳомиланинг она қорнида ўлиб қолишига ва турли нуқсонли туғилишига сабаб бўлади. Ҳомила-

дор аёл организми листериоз инфекциясига сезгир бўлиб, касаллик уларда анча оғир кечади.

Листериоз касаллигини қўзғатувчи инфекция 1926-йилда Марри томонидан касал қуёнларда топилган. Бу қуёнлар моноцитар септик инфекция билан оғриган. Бу микробни моноцитар бактерия (Bacterium monocitogenes) деб аталган.

1927-йилда Пири худди шундай бактерияни вабога ўхшаш инфекция билан оғриган кемирувчилардан топган (Yisterella hepato litica). 1929-йилда у инфекцион мононуклеоз билан оғриган одамларда топилган.

1941-йилда листериозни қўзғатувчи микроб номи ўзгартирилиб, листерия деб номлана бошланди. Бу хил касалларнинг қонида моноцитлар кўпайиб кетишини назарда тутиб, унинг қўзғатувчисини Listeria monocitogenes деб атала бошланди. Listerin monocitogenes таёқча шаклида бўлиб (унинг ёш шакли коккга ўхшаб кетади), узунлиги 1-2 мк, кенглиги 0,5 мк гача бўлади. Микроб культураси узоқ сақланса, у ўз кўринишини ўзгартириб, коккга ўхшаб қолади. Улар бир-бири билан римча 5 рақамига (V) ёки қисқа занжирга ўхшайди. Листериянинг ёш культураси ҳивчин кўринишида бўлиб, шунинг учун анча ҳаракатчан бўлади, ҳивчинларини йўқотгач, эски культуралари қимирламайдиган бўлиб қолади.

Листерияларнинг бир неча тури бўлиб, ҳар бири листерия билан касалланган организмда специфик антитело чақиради. Улар 4 та асосий серологик турларга ажратилган. Булардан учтаси кемирувчиларда, тўртинчиси эса чайнайдиган ҳайвонларда касаллик чақиради.

Листериялар ташқи шароитга анча чидамли бўлиб, ерда ўзининг ҳаёт қобилиятларини бир йилгача, сувда 5 кундан 76 кунгача, сийдикда 10 кундан 6 ойгача йўқотмайди.

Листериялар ўлик тўқимада сақланибгина қолмасдан, паст ҳароратда (4-6°) кўпаяди ҳам. Листериялар каламуш ва бошқа кемирувчи ҳайвонлар яшайдиган кўлмак сувларда сақланиши мумкин. Бундай сувларда чўмилиш, уни ичиш одамлар, ҳайвонлар ва қушларнинг кассалланишига сабаб бўлади. Листериоз ҳайвонлар ва ёввойи қушлар орасида кўп тарқалган.

Одамлардан ташқари, листериоз билан сигирлар, чўчқалар, қорамоллар, итлар, мушуклар, сув каламушла-

ри, каламушлар, сичқонлар, ўрдак, ғозлар, товуқлар каптарлар ва бошқалар оғришлари мумкин.

Ҳайвон аҳлати, сийдиги орқали листерия ажралиб, натижада одамлар орасида касаллик кенг тарқалиши, бундан ташқари, оғиз ва бурундан ажралган шиллиқ томчилар ҳам ўзида листерия микробини сақлайди.

Уй жиҳозлари, озиқ-овқатлар, идиш-товоқ ва бошқалар орқали ҳам касаллик юқиши мумкин. Касалликнинг яширин даври 3 кундан 45 кунгача давом этади. Бу листериянинг вирулентлигига ва организмнинг қаршилик кучига боғлиқ.

Ҳомиладор аёллар ва чақалоқлар бу инфекцияга чидамсиз бўладилар. Уларда касаллик анча оғир кечади.

Листерия касаллиги ҳар хил формада учрайди.

1. Септик ангина кўринишида ўтиб, оғир септик касаллик сифатида кечади.

2. Марказий нерв системасини зарарлайди (менингоэнцефалит).

3. Бу формада ҳам она, ҳам бола зарарланади (онада септик ҳолат, майда гранулёма ва ҳомила тухумларида яллиғланиш).

4. Кўз, қулоқлар олди бези ва лимфа безларининг чегараланган ҳолда касалланиши.

Битта беморда касалликнинг бир неча формаси биргаликда ёки бир формадан иккинчи формага ўтиш ҳолати учрайди.

Септик аборт билан стационарга ётқизилган аёлда листерия микроби аниқланган. Абортга сабаб шу микроб эканлиги маълум бўлган. Касаллик септик ангина формасида кўпроқ учрайди, бунда ҳарорат 39-40° га кўтарилади, касаллик 4-14 кун давом этади. Марказий нерв системаси зарарланган бўлса, ҳарорат баланд бўлиб, терида тошмалар пайдо бўлади, лимфа безлари, жигар ва қора талоқ катталашади.

Марказий нерв системаси зарарланган бўлса, касаллик ўткир кечади, эт увишиб, тана ҳарорати баланд кўтарилади, кейин менингит, менингоэнцефалитнинг типик кўриниши кузатилади. Бемор бош оғриғидан, уйқучанликдан арз қилади. Баъзан бетоқат бўлиб, қайт қилади, боши айланади, фалаж бўлиб қолиш ҳоллари ҳам кузати-

лади. Кўр бўлиб қолиш, ҳушдан кетиш ҳолатини ҳам кузатиш мумкин.

Касалликнинг безлар ва кўз формаси анча енгил кечади, бунда коньюнктивит, қулоқ орти безида лимфаденит ҳолатлари кўриниб, кейин касаллик из қолдирмай йўқолади. Касалликнинг ҳомиладорликдаги таъсири кўпинча аборт чақиради. Аборт ҳомиладорликни турли муддатларида бўлиши мумкин.

Касалликнинг енгил формасида ҳомиладорлик сақланиши мумкин.

Клиник текширишлар шуни кўрсатадики, ҳомиланинг касалланиши ҳомиладорликнинг IV ва V ойларида, кўпинча 3-уч ойликда кузатилади.

Ҳомилада: пневмония, ичаклар сепсиси ёки инфекциянинг қон орқали тарқалиши, турли аъзоларнинг зарарланиши кузатилади. Ҳомиладорликда касаллик қанча оғир ўтса, ҳомиланинг зарарланиши шунча кўп учрайди.

Ҳомила аъзоларидаги патологик ўзгаришлар унинг туркумларида бактериал-токсик некроз, пролифератив ҳолат, ҳужайралар гранулёмалари билан намоён бўлади, мия тўқималарида йирингли-яллиғланиш жараёнлари кузатилади. Тирик туғилган касал ҳомилаларнинг терисида доғли ёки пуфакли тошмалар бўлиб, бу пуфакчалар йирингли суюқлик билан тўлган бўлади, уларнинг ҳажми тўғноғич боши катталигида, атрофи қизил ҳалқа билан ўралган бўлиб, бундай тошмалар чақалоқнинг орқасига, бел ва оёқ-қўлларига тошади. Касалликни тасдиқловчи асосий белгиларидан томоқда, ютқин ва қизилўнгачда гранулалар пайдо бўлади. Бу гранулаларнинг ранги кулранг-оқиш бўлиб, буғдой донаси катталигида бўлади. Уларда асфиксия ва мияга қон қуйилиши ҳолатлари кузатилади.

Чақалоқлар яхши эма олмайди. Периферик қонда лейкоцитоз ва қон ҳужайраларининг ёш формалари кўпаяди.

Туғруққа ёрдам беришда иштирок этадиган тиббиёт ходимларига йўлдош ва ҳомила орқали касаллик юқиши мумкин.

Листериоз билан оғриган беморлар юқумли касалликлар стационарида даволанадилар.

Даволашда хлортетрациклин ва сульфаниламид препаратлари яхши фойда беради.

ОРНИТОЗ

Қушлар касаллиги (ornis — қуш) бўлиб, ўрта асрнинг ўрталарида Франция ва Германия врачлари томонидан каптар боқадиган бир оилада оила аъзоларининг касалланганлиги кузатилган.

Сичқон ва қушларнинг яхлаган тўқималарида 2 йилгача сақланиши мумкин. Вируси 55° да иситилса қисман, 70-80° да тамомила ҳалок бўлади.

Қуруқ тўқималарда 4-5 йилгача сақланади, каптарлар касалланса ҳам уларда касаллик белгилари бўлмайди, аммо улар вирусни ташувчилар бўлиб қоладилар.

Касалликнинг инкубацион даври 6-14 кун давом этади.

Касаллик кўпинча бирданига бошланади. Бунда эт увишиб, томоқ қурийди, бош (чакка ва пешона соҳасида), оёқ ва қўллар оғрийди, баъзан кўнгил айниб, қайт қилади, юз бир оз кўпчиб оқаради, кўз оқи сарғаяди, коньюнктивит (кўз яллиғланиши) кузатилади.

Иситмалаш 20 кундан ошмайди, кейин бирданига ҳарорат пасайиб, бемор тузалади. Касалликнинг бошида лейкоцитоз, кейин лейкопения ҳолати рўй беради. СОЭ 25-35 кунгача кўтарилган бўлади.

Орнитоз зотилжамнинг турли кўринишларида ўтади. Касалликнинг бошида қуруқ йўтал пайдо бўлиб, кейин бемор қонли балғам ажратади.

Нафас системаси фаолиятининг бузилиши ўпка бўлакларининг ҳамма қисми касалланганда кузатилади. Агар касаллик каптарлардан юққан бўлса, унда анча оғир кечади.

Аёлларнинг орнитоз билан касалланиши акушерликда катта аҳамиятга эга.

Орнитоз вируси аёл қонида узоқ вақт айланиб юрса, касаллик онадан йўлдошга ёки ҳомила пардаси орқали ҳомилага ўтиши мумкин бўлади. Бунда ҳомиланинг она қорнида ўлиб қолишига вируснинг унга бўлган токсик таъсири, ички аъзолар фаолиятининг бузилиши ва юқори ҳарорат ҳамда ҳаётий зарур аъзоларнинг зарарланиши сабаб бўлади.

Орнитоз бачадон мускулларининг вақтдан илгари қисқаришига ва ҳомиланинг чала туғилишига ёки абортга сабаб бўлади. Орнитоз касали ҳомиладорларда оғирроқ кечади. Айниқса организмида модда алмашуви бузилган ва ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидаги токсикоз гис-

тозлар билан оғриган аёлларда оғир кечади. Аборт ва вақтдан илгариги туғруқдан кейинги септик ҳолатлар кўп учрайди. Чунки орнитоз касаллиги ҳомиладор организми қаршилигини сусайтиради.У узоқ муддатга иммунитет қолдирмайди, шунинг учун қайта касалланиш мумкин.

Касалликнинг клиник кўриниши ўзига хос бўлгани учун унга ташхис қўйиш анча мураккабдир. Бунда эпидемиологик анамнез ёрдам бериши мумкин. (қушлар билан мулоқотда бўлганлиги ҳақида маълумот). Касалликни аниқлаш учун бактериологик (вирусологик) текширув ўтказиш керак.

Тери орқали аллергик ҳолат текширилади. Бунинг учун ўлдирилган вирусдан тайёрланган аллергенни аёл териси остига юборилади. Укол қилинган жойнинг қизариш кенглигига қараб фикр юритилади. Реакция 6-18, 24, 36, 48 ва 72 соатлар орасида кузатилади. 3-4 кундан бошлаб бу реакция 97,5% мусбат бўлади. Энг яхши маълумот комплементни боғлаш реакцияси бўлиб, буни қўйгандан кейин 8-12 кунда реакция мусбат бўлади.

Агглютинация реакцияси ҳам ишлатилади, уни орнитоз вируси суспензиясига 0,1% формальдигид қўшиб тайёрланади.

Профилактикаси: муассасаларда гигиеник омилларга аҳамият бериш, овқат моддаларини қайнатиб истеъмол қилиш, ҳўл мева, сабзавотларни қайноқ сувда ювиш, уйда ва муассасаларда қуш ва ҳайвонларни вақти-вақтида ветеренар кўригидан ўтказиш.

Даволаш асосан инфекцион касалликлар касалхонасида олиб борилади. Даволашда антибиотиклар билан химиотерапевтик усул яхши ёрдам беради.

VIII БОБ

ҲОМИЛАНИНГ ТУҒРУҚДАН ОЛДИН (ПЕРИНАТАЛ) ДАВРИДАГИ ПАТОЛОГИК ҲОЛАТИ

Ҳомиладаги туғруқдан олдинги касалликларнинг 18-20% гемолитик ва шунга ўхшаш патологик ҳолатлар билан боғлиқ.

Ҳомила билан ҳомиладор аёл орасидаги иммунологик қарама-қаршилик натижасида туғруқдан олдин (перина-

тал) ҳомилада эритроцитларнинг кучли парчаланиши кузатилиб, бунинг натижасида гемолитик касаллик вужудга келади. Бундан ташқари, яна бошқа патологик ҳолатлар мавжудки, бу наслдан ўтган гемолитик қон камлигидир. Буларнинг вужудга келишига эритроцит мембраналарининг патологияси (микросферацитоз), эритроцит ферментларининг патологияси (глюкоза-6 фосфат-дегидрогеназа, пируваткиназа ёки бошқа ферментларнинг нуқсонлари (гемоглобин патологияси), талассемия нуқсонли гемоглобинлар сабаб бўлади.

Қон томирлардан ташқари, хусусан тананинг турли қисмларига қон қуйилганда (кефалогематома, бош суяги ичига, қорин бўшлиғи ва бошқа орган ва тўқималарга қон қуйилганда) чақалоқларда геморрагик анемия кузатилади.

Бундан ташқари, боланинг чақалоқлик даврида шундай патологик ҳолатлар бўладики, бунда қон унчалик кучли бузилмаса (парчаланмаса) ҳам эритроцитларни парчаланишидан вужудга келган моддаларни нормал бузилишида, хусусан билирубиннинг кўпайиши ҳам ниҳоят патологик гемолизга сабаб бўлади. Бунга сабаб жигарнинг фермент системасининг тўла етилмаганлиги, айниқса глюкуронилтрансфераза (чақалоқлик давридаги сариқлик)нинг етишмаганлигидир. Бу системанинг туғма формаси (Криглер-Наджар синдроми) ёки билирубинни боғлаш жараёнининг бузилиши (туғма микседема, галактоземия ва бошқалар) дир.

Бу турдаги патологик ҳолатлар чақалоқларда инфекция туфайли зарарланиш, хусусан септик гепатит ҳамда кам учрайдиган цитомегалия, захм, токсоплазмоз, герпетик касаллик ва бошқаларда кузатилади.

Этиологик омил бир хил бўлишидан қатъий назар, гемолитик жараёнда патоген агент бўлиб, қон бузилиши ёки жигарнинг етарли боғловчилик роли, тўғри бўлмаган билирубиннинг вужудга келиши сабаб бўлиши мумкин. У оғир цитоплазматик заҳар бўлиб, айниқса мия ҳужайраларига кучли таъсир қилади. Шунга кўра чақалоқлар учун билирубинли энцефалопатия характерлидир.

Жигардан кўп билирубин ажралса, бу ўтнинг қуюқлашишига (холестаз) сабаб бўлади. Аммо билинарли даражада камқонлик белгиси кузатилмаслиги мумкин.

Ҳомиладан тўғри бўлмаган билирубин боғловчисиз (коньюгация) плацентадан она организмига ажралади. У заҳарлаш даражасигача йиғилмайди. Патологик гемолиз жараёни асосий патоген агент бўлиб ҳисобланади. Бу анемияга ва тромбогеморрагик синдромига олиб келади. Кейин ҳомила турли системаларининг фаолияти бузилиб, шиш ва кардиопатик синдромлар вужудга келиши мумкин.

Турли этиологик омиллар натижасида ҳомилада ёки чақалоқларда бир қатор патогенетик механизмлар ишга тушади. Шунга кўра клиник ва морфологик жиҳатдан бир-бирига ўхшаш касаллик шакллари кузатилади. Ҳомила учун бу она қорнида ўлим (мацерация) ва шиш формаси кўринишида бўлади. Чақалоқ учун эса чилла давридаги сариқлик, туғма сариқлик, кам қонлик ҳам бўлиши мумкин. Бу формалар ҳомиладорликда бошланиб, чақалоқ даврида давом этади. Биз қуйида А.И.Алипов ва бошқалар ишлаб чиққан таснифни келтирамиз. (3-жадвал).

3-жадвал

Перинатал даврда кузатиладиган хасталиклар ҳамда гемолитик касалликлар таснифи

Этиологик омиллар	Касалликнинг клиник-морфологик формалари (бирламчи патологик механизм бўйича)	Ҳомиланинг зарарланишида оғирлигини чақалоқнинг компенсация даражасига боғлиқ	Касалликнинг кечишида уни оғирлаштирувчи асосий синдромлар
1	2	3	4
I.Изоиммунологик а) резус-системаси бўйича; б) АВО-сиситемаси бўйича; в) бошқа система антигенлари бўйича	I.Ҳомиланинг она қорнида ўлиб қолиши ва мацерацияси (шишсиз ва сариқсиз фетопатия).	I.Оғир декомпенсация.	I.Шиш.
II.Наслдан ўтган гемолитик ҳолат (ферментопатия) 1.Эритроцит мембранасида оқсил бузилишига боғлиқ. 2.Эритроцитлар ферментининг бузилиши билан боғлиқ	II.Шиш	II.Ўрта оғир кечишида.	II.Геморрагик.

Давоми

1	2	3	4
а) гликолиз (пируваткиназа ва бошқалар). б) пентозофосфатаза цикли 3. Бошқа ферментатив системаларга боғлиқ. 4. Гемоглобинопатия			
III. Томирлардан ташқаридаги гемолиз қуюлган қон шимилиши натижасида.	III. Туғма сариқлик	III. Енгил кечишида (компенсатор).	III. Кардиопатик.
IV. Жигарнинг билирубинни боғлаш хусусиятининг бузилиши. 1. Чақалоқлардаги сариқлик 2. Ферментопатия а) Криглер-наджара синдроми б) галактоземия в) туғма микседема 3. Инфекцион гепатитлар (сепгик ва б.)	IV. Чилла даврида сариқлик.		IV. Билирубинли энцефалопатик.
	V. Камқонлик формаси		V. Ўтнинг қуюлиши.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА ИММУНОЛОГИК РЕЗУС-ОМИЛИ БЎЙИЧА ГЕМОЛИТИК КАСАЛЛИК

Резус-омил 1940 йилгача аниқ бўлмаган, аммо чақалоқлардаги гемолитик касаллик асосида иммунологик жараён ўтиши ҳақида фикр юритганлар. Zandsteiner ва Wiener (1940) одам қонидаги резус-омил кўп ҳолатларда гемолитик касалликка сабаб бўлиши мумкинлигини аниқлаганлар. Кейинчалик одам қони ҳар доим ҳам бир хил антиген резус тутмаслигини, кўпинча турли ҳилдаги бир қатор антиген резус тутишлиги ҳақида айтиб ўтганлар.

Винер бўйича унинг 7 хил антиген резус бирикмаси бор (Rho, Rh', Rh'', Rho, rh', Rho, rh', Rho, rh'', rh').

Бундан ташқари, баъзи одамларда юқорида кўрсатиб ўтилган бирорта антиген резус бўлмай уларни резус манфий деб юритилади. Гемолитик касаллик белгилари билан резус мусбат бўлган аёллардан гемолитик касаллик белгилари билан туғилган болаларда анти — Rh зардобига сезгир бўлмаган барча резус-мусбат эритроцитларни агглютинацияга учратувчи топилган.

1945 йилда Mourant антигенни бошқа турини Hr-hr ни, 1943 йилда Hoberman ва бошқалар антиген Hro ни топганлар. Фишер гипотезасида антигенни Rh-mr система бўйича генетик жиҳатга боғлиқ. Унинг фикрича, rh', ва hr' генлари хромосомда бўлиб, бири бўлганда иккинчисининг бўлмаслиги, яъни Rh' гени хромосомада бўлганда hr' гени бўлмайди.

Юқорида келтирилган антигенлардан D/Hro/ антиген кам ўрганилган, ҳозиргача бу хилдаги антиген ҳақида аниқ фикр йўқ.

Шундай қилиб, резус тизими бир турда бўлмай, уни Rh-Mr системалари деб юритилади (иккита қўшимча туркуми, иккита қўшимча системалар). Бу системада антиген Д (Rho) энг кучли антигенлик хусусиятига эга. Шу антиген қоннинг резус мусбатлигини аниқлайди.

Резус-омил бошқа турдаги белгилар каби Мендал қонунига бўйсунади.

Резус мусбат эркак билан резус манфий аёл хромосомалари қўшилганда, улар гомозигот (Rh, rh) ёки гетерозигот (Rh — rh) бўлишлари мумкин.

Гомозиготда туғилган болалар резус мусбат, гетерозиготда туғилган болаларнинг ярмиси резус мусбат, ярмиси резус манфий бўладилар.

Оилавий — генетик анализ шуни кўрсатадики, отаси гомозигот (ДД) бўлса, баъзи ҳолларда онанинг резус иммунизацияланиши натижасида болалари гемолитик касаллик билан туғиладилар. А.А.Михайлов (1986) фикрича, отанинг гомо-ёки гетерозиготлигини олдиндан аниқлаш гемолитик касаллик билан туғиладиган болаларни камайтириш имконини беради.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА ИЗОИММУНОЛОГИК ОМИЛ-АВО СИСТЕМАСИ САБАБЛИ ПАЙДО БЎЛАДИГАН ГЕМОЛИТИК КАСАЛЛИК

1943 йилда Zevine она қони билан ота қонидаги АВО системанинг мос келмаслиги натижасида ҳомиланинг вақтдан илгари туғилишини айтиб ўтган.

Олиб борилган текширишлардан маълум бўлишича, она билан ҳомила ўртасидаги рақобат асосан қон гуруҳига боғлиқ.

1900 йилда Ландштейнер ва 1907 йилда Янский бир-бирларидан хабарсиз инсонларда 4 та қон гуруҳи (группа) — I-II-III ва IV мавжудлигини аниқлаганлар. Уларни О,А,В ва АВ ҳарфлар билан белгилаганлар.

Қон гуруҳ (группа) ларини бир-бири билан қўшилганда (комбинация), яъни онада О (I), болада А (II) ёки онада О (I), болада В (III) бўлганда гемолитик касаллик бўлишини кузатганлар.

Гемолитик касалликнинг этиологик омили фақат резус изоантитело, АВО бўлибгина қолмасдан, бошқа турдаги иммунологик тизимлар ҳам аҳамиятга эга.

Биокимёвий ва физик усулларнинг молекуляр усулини қўллаш йўли билан наслдан-наслга ўтиш ҳолати ўрганилиб, генларнинг бирламчи механизмини аниқ тасаввур қилишга эришилди.

Бидлаи Тамуто (1941) назарияси бўйича генларнинг бирламчи таъсирлари ферментларнинг биосинтези принципи бўйича битта ген — битта "фермент" программалаштиради. Унинг назарияси бўйича барча тирик организмдаги биокимёвий жараён наслдан-наслга ўтиш омиллари томонидан бошқарилади. Бу барча жараёнларни босқичма-босқич реакция сифатида ажратилиб, бу ҳар бир реакция охирида битта ген назорат қилинади.

Геннинг ўзгариши (мустақил) биринг кетидан иккинчиси келадиган жараёндир. Булардан ферментнинг ўзгариши ёки унинг бўлмаслиги метаболитик реакцияни шу босқичдан бузади, натижада организмдаги белгиларнинг ўзгариши ёки бузилиши кузатилади. Шундай қилиб, наслдан-наслга ўтиш белгилари қуйидаги схема бўйича: ген-фермент биокимёвий реакция — белги сифатида кеча-

ди. Маълумки, эритроцитларнинг нормал тузилиши ва фаолияти глюкоза алмашинуви билан чамбарчас боғлиқдир.

А.И.Колотилованинг фикрича, эритроцитларни биологик жиҳатдан тўла сифатли бўлиши гликолизнинг интенсивлигига боғлиқ. Гликолизнинг тўхташи эритроцитларнинг "метаболитик ўлимига" сабаб бўлади, унинг сўнгги босқичи гемолиздир. Эритроцитларнинг биологик системаси тўла фаолият кўрсатиши учун аденозинтрифосфат ачими зарур (АТФ). Бу гликолиз натижаси қисман гексозомонофосфат циклига боғлиқ бўлиб, бунинг интенсивлиги эритроцитларда унча кўп бўлмайди.

Етилган эритроцитларда ҳаммаси бўлиб 40 та фермент бор, уларнинг кўп қисми фосфор-кўмир-сув алмашуви ферментларига боғлиқ бўлади.

Фосфор-кўмир-сув алмашуви ферментларини шартли равишда 3 туркумга ажратиш мумкин.

1. Гликолизда иштирок этувчи ферментлар.

2. Гексозомонофосфат цикли фаолиятини аниқловчи ферментлар.

3. Галактозага айланишни таъминловчи ферментлар.

О.К.Гаврилов ва бошқалар (1976) наслдан-наслга ўтадиган эритроцитопатияни 8 туркумга ажратганлар.

1. Пролиферация ёки устун ҳужайраларнинг дифференциациясининг бузилиши натижасида вужудга келадиган туғма-наслдан ўтган камқонлик (анемия).

2. Яхши фойда бермаган эритропоэз ва генлар синтезининг бузилиши билан боғлиқ бўлган туғма камқонлик (анемия):

а) темир моддасининг етишмаслиги натижасида "туғма" трансферринемия;

б) туғма дизэритропоэтик камқонлик;

в) туғма (жинсларнинг бирикиши) сидирофобластли камқонлик.

3. Эритроцитлар шаклининг нуқсони ва мембрана етишмовчилиги натижасида туғма камқонлик тахмини.

а) туғма микросфероцитоз;

б) туғма эллиптоцитоз (овалоцитоз);

в) туғма аканцитоз (туғма абеталипопротеинемия).

4. Г-6 ФД пируваткиназа ва бошқа гликолитикли, гликолитикли бўлмаган ферментларнинг етишмовчилиги туфайла вужудга келган туғма эритроцитар энзимопатия.

5. Глобинларнинг нуқсон борлиги натижасида туғма сфероцитар бўлмаган гемолитик камқонлик (хавфсиз гемоглобинопатия):

а) ўроқсимон ҳужайралар касаллиги;

б) авайловчи хавфсиз гемоглобинопатия (Нв, С, Д, Е ва бошқ.);

в) турғун бўлмаган гемоглобинлар туфайли юз берган гемоглобинопатия.

6. Талассемия ("сонли" гемоглобинопатия):

а) полипептид занжиридаги В ва С синтезининг камайиб кетиши натижасида юз берадиган талассемия;

б) полипептид занжиридаги В ва б синтези натижасида рўй берадиган талассемия.

7. Туғма метгемоглобиномия:

а) гемоглобин етишмаслиги натижасида пайдо бўладиган (М-гемоглобинопатия) ДН-метгемоглобин (диафориза) етишмовчилиги.

8. Туғма эритроцитозлар, шу жумладан:

а) гемоглобин нуқсони ва фаолият хоссаларининг ўзгариши (кислород танқислиги сабабли ва бошқ.)

б) эритропоэтин унумининг ошиб кетиши ва ҳ.к.

ИЗОИММУНИЗАЦИЯ НАТИЖАСИДА ВУЖУДГА КЕЛАДИГАН ГЕМОЛИТИК КАСАЛЛИК

Резус тўқнашиш вужудга келиш асоси бир неча босқичдан иборат:

1. Аёлнинг изоиммунизацияси.

2. Вужудга келган антителонинг плацента орқали ҳомила организмига кириши.

3. Антителонинг ҳомилага таъсири.

Ҳар бир босқичнинг ўзига хос хусусияти бор.

Резус тўқнашишининг биринчи этапида резус антиген таъсирида аёлда изоиммунизациянинг вужудга келиши.

Маълумки, баъзи аёллар то шу ҳомиладорликгача уларга қуйилган қон туфайли резус конфликтга учраган бўла-

дилар. Буни ҳисобга олган ҳолда ҳомиладорликда анамнез орқали шуни аниқлаш керак. Чунки биринчи маротаба қуйилган қон иммунизация берган бўлса ҳам, унинг клиник белгилари деярли билинмаган. Аммо ҳомиладорликда резус иммунизация кучли бўлиши кўпроқ учрайди. Чунки резус иммунизация бир умр сақланади.

Кўпгина ҳолатларда, тахминан 80-85% аёлларда иммунизация ҳомила қонининг антигени таъсири натижасида кузатилади.

Плацента ўтказмовчи тўсиқ бўлишига қарамасдан, она организмига ҳомила қонининг ўтиши мумкинлиги аниқланган. Бу ҳолат айниқса туғруқ жараёнида, туғруқнинг III даврида кузатилади. Чунки бу даврда бачадон қисқариши натижасида плацента унинг деворидан ажралиш жараёнида хорион киприкчаларнинг бутунлиги бузилади, натижада плацентадаги ҳомила қони шу киприкчалар орқали онага ўтади. Баъзи муаллифларнинг, фикрича, бунда 40 млдан 150 мл гача ҳомила қони онага ўтади. Шу ўтган қон миқдори онанинг иммунизацияланишига сабаб бўлади. Л.С.Персианиновнинг айтишича, одатда, иммунизация чилла даврининг икки ҳафтаси давомида намоён бўлади.

Эмбрион 7-10 ҳафтали бўлганда унинг қонида резус-антиген бўлади, шунинг учун абортдан кейин ҳам аёл иммунизацияланган бўлиши мумкин.

Иммунизацияга асосан ҳомила эритроцитлари сабаб бўлади.

Айрим аёлларда ҳомиланинг антигенига лейкоцитлардаги антитело таъсирини кузатиш мумкин. Аммо бу ҳолат ҳал қилувчи аҳамиятга эга эмас. Ҳомила тўқимасидаги антиген она организмига тушмаганига кўра иммунизацияга сабаб бўла олмайди. Эри билан резус-омили мос бўлмаган аёлларда ҳамма вақт ҳам резус конфликт кузатилавермайди (хусусан эрида резус мусбат, аёлда резус манфий). Бир қатор муаллифларнинг кузатишларича, онада резус манфий, ҳомилада эса мусбат бўлган 30% аёлларда, резус конфликти 5% учраши мумкин. Бу бир қатор сабабларга боғлиқ.

Биринчидан — агар аёл ва ҳомила бир хил ёки АВО системасига мос келадиган қон гуруҳига эга бўлса.

Аёлларда иммунизация бўлиши ҳомила эритроцити она организмига тушиши билан тез бузилмаса, бу ҳолат мос ёки бир гуруҳли ҳомиладорликда бўлиши мумкин.

Иккинчидан — баъзи ҳолларда биринчи ва иккинчи ҳомиладорликда иммунизация асорати кузатилмайди, ҳомиладорлик сони ошган сари иммунизация кўпроқ кузатилиши мумкин.

Ф.Левиннинг кузатишича, биринчи ҳомиладорликда 150-200 га битта, иккинчисида 1:42, бешинчисида эса 1:12 маротаба иммунизация бўлган. Шунинг учун биринчи ҳомиладорликда аборт қилиш ярамайди.

Учинчидан — 53-58% мусбат гетерозиготлиларда (Д α) улар ҳомиласининг ярмида резус манфий (α) бўлади. Буларда ЧГК бўлмайди.

Резус конфликт плацента орқали изоантигеннинг ҳомила организмига ўтишидан бўлади. Бу жараён қуйидаги турларда ўтиши мумкин:

1. Бутун ҳомиладорлик давомида изоагглютининнинг қаршиликсиз ўтиши.
2. Фақат ҳомиладорликнинг охирида ўтиши.
3. Плацента зарарланганда туғруқ жараёнида ўтиши.

Изоантителонинг плацентадан ўтиш вақти ва жараёни турлича бўлиб, ҳайвонлар ва одам плацентаси бир хилда эмаслиги сабабли тажрибаларда бу жараённи ўрганишда анча қийинчилик туғилади. Маълумки, турли антителолар плацента тўсиғидан турлича ўтади.

Кўп муаллифларнинг фикрича, ҳомиладорликнинг биринчи ярмида резус антитело плацента орқали ўтмайди. Амалиётдаги кузатишлар шуни кўрсатадики резус антитело плацентадан ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ўтади.

Ҳомиланинг зарарланиши ўтган антитело титрига боғлиқ эмас. Баъзан ҳомиланинг ҳолати титр кам бўлганда оғир ва баъзан титр концентрацияси кўп бўлганда енгил ўтиши мумкин. Бундан ташқари, баъзан резус иммунизацияга учраган аёлларда касалликнинг белгилари кузатилмайди. Бунга жавобан П.С.Гуревич соғлом плацентадан антитело ўтмаслиги, унинг ўтказувчанлик хусусияти ҳомиладорнинг ва туғруқ жараёнидаги турли патологик ҳолат касалликлари сабаб бўлиши мумкин деб фикр юри-

тади, туғруқ жараёнида бачадон қисқариб, онанинг қон томирларидаги қонни ҳомила томонга сиқиб итаради. Шунда резус антителонинг плацентадан ўтиши 3 турда бўлиши мумкин.

1. Баъзи аёлларда антитело ҳомилага ҳомиладорлик давомида ўтади, натижада чақалоқларда гемолитик касаллик вужудга келади. (фетопатия, мацерацияга учраган ҳомилалар, шишли, кам қонли ва касалликнинг сариқ формаси).

2. Кўп ҳолатларда резус тўқнашув бўлганда антитело плацентадан фақат туғруқ жараёнида ўтади. Бу чақалоқда неонатопатия чилла давридаги сариқлик формасидир.

3. Баъзан изоантитело умуман плацентадан ўтмайди ёки кам миқдорда ўтади. Бунда аёл иммунизацияланган бўлишига қарамасдан ундан соғлом бола туғилади.

Учинчи босқич изоиммунологик конфликт ҳомиланинг, чақалоқнинг зарарланиши хусусий гемолитик типда кечади. Унинг кечиши бир қатор ҳолатларга боғлиқ бўлгани учун бир хил кечмайди. Албатта резус антителонинг зарарловчи таъсирига боғлиқ. У антителони онадан плацента орқали ҳомилага ўтган миқдорига боғлиқ бўлиб, буни она қонидаги резус антитело ҳажми ва титрига ҳамда антителонинг ўтиш даври давомига боғлиқ.

Қисман изоиммунизацияланган аёлларнинг сутида ҳам резус антитело бўлиши, аммо бу патогенлик аҳамиятга эга эмас, чунки ҳомиланинг ошқозон-ичак тизимида парчаланиб бузилиши ҳақида бир қатор назариялар бор. Ҳомиланинг зарарланиши унинг реактивлигига, компенсатор қобилиятига ва она ичидаги ҳаёт жараёнига боғлиқ.

1973 йилда Ивановода ўтказилган симпозиумда ҳомилада гемолитик касаллик 5 турда бўлиши белгиланган:

1. Ҳомиланинг она қорнида мацерацияга учраши билан бирга ўлими (фетопатия шишсиз ва сариқсиз).
2. Туғма сариқлик (сариқлик ва камқонлик).
3. Камқонлик.
4. Чилла давридаги сариқлик (камқонликсиз сариқлик).
5. Шишли.

Одатда, ҳомиланинг мацерацияси ва ўлими ҳомиладорликнинг 5-7 ойларида кузатилади, бунда изоантите-

лонинг плацентадан кўп ўтиши, ҳомила организми иммунологик ҳимоя қилиш фаолияти ҳали етишмаганлиги, қон томирларининг ўтказувчанлик хусусияти юқори бўлиши унинг тўқималарининг осон зарарланишига шароит туғдиради. Натижада унинг тўқималарида, аъзо ва системаларида жуда тез некротик ва дистрофик ҳолатлар вужудга келиб, ҳомиланинг ўлимига сабаб бўлади. Ҳомиланинг каттароқ даврида антитело кўп миқдорда ўтганда шу ҳолатни кузатиш мумкин. Ҳомила мацерацияси унинг ферментларининг аутолитик таъсирига боғлиқ, шунга кўра ферментлар кўп бўлган аъзолар (жигар, ошқозон, ошқозон ости бези ва бошқалар) кўп талофот кўради.

Аутолиз жараёни ҳомила ўлганидан кейин 2 кун давомида кучли бўлади. Кейин ферментлар ўзлари парчаланиши натижасида бу жараён сустлашади.

Шуни назарда тутган ҳолда мацерацияга қараб ҳомиланинг ўлган вақтини аниқлаш мумкин эмас, патологоанатомик жиҳатдан туғилган ҳомилани кўздан кечирилганда унда тўла етилмаганлик белгилари (бу форма кўпроқ ҳомиланинг 6-7 ойлигида учрайди) кузатилади.

Мацерацияда тери эпидермисининг кўчиб тушиши, бўғимлар кўзғалувчан бўлиши, бош суякларининг устки қатламидан ажралиб кетиши, бош суягининг мўрт бўлиб қолиши, ички аъзоларнинг зарарланиши, баъзан эса қора талоқнинг бир оз катталашиши каби ҳодисалар кузатилади.

Гистологик ҳолатни аниқлашда мацерацияга учраган аъзоларни текширишда қийинчилик туғилади, аммо Перлс бўйича темирни аниқлашдаги махсус бўёқ ёрдамида 75% ҳолатларда жигарда ҳомила ҳаётлигидаги гемолиз натижасида тўпланган гемосидеринни, буйрак қобиғида эритробластоз, ўпка томирларида нормобласт ва эритробласт тўпламлари топилади.

Бу формада болалар ўлими 8-10% ни ташкил қилади. Чақалоқлардаги гемолитик касалликни шиш формасида антитело эритроцитларга, асосан ҳомила тўқимасига патоген агент бўлиб ҳисобланади.

ЧГК нинг шиш формаси ҳомиладорликда оз миқдорда бўлган резус антитело тўла етилмаган (7-9 ойлик), камроқ етилган ҳомилаларга анча давомли ёки қайта таъ-

сири натижасида вужудга келади. Эритроцитларга резус антитело қон томир ичида таъсир қилиб, эритроцитларнинг парчаланишига сабаб бўлади (томирлар ичида рўй берадиган гемолиз жараёни). Гемоглобин парчаланганда кузатиладиган билвосита билирубин конъюгацияси она организмига плацента орқали ўтади. Шунга кўра ҳомилада сариқлик бўлмайди.

Изоантитело тўқималарга таъсир этиб, аъзолар тараққиётини бузади (айниқса буйрак ва ўпка). Бунда тўқималардаги реакциянинг мосланиши компенсатор жараён бўлиб, хусусиятнинг авж олиши ҳомиланинг ривожланишига қараб ўса боради. Эритробластоз фақат ЧГК дагина вужудга келмасдан, ҳомиланинг турли таъсиротларга, айниқса инфекцион аллергик ҳолатга берган реакциясидир.

Қора талоқда, лимфа безларида бластларнинг вужудга келиши, тўқималардаги эозинофилларнинг ошиши, юрак гиперплазиясининг катталашиши, эндокрин безлар фаоллигининг кучайиши, булар ҳаммаси мосланиш реакцияси ҳисобланади. Бу реакция плацентанинг ажратиш фаолияти билан биргаликда изоантителонинг қайта-қайта таъсирига қарамасдан ҳомила ривожини таъминлайди. ЧГК она қорнида 2-3 ойгача давом этиши мумкин. Аммо ҳомиланинг мосланиш компенсатор қобилияти чегарали бўлгани учун, унинг аъзоларида дистрофик ва некротик жараёнлар авж олади.

Қон томирларнинг ўтказиш хусусияти оша бориши ва гипопротеинемия туфайли шиш кучаяди. Фибриноген синтези ва семиз ҳужайраларнинг фаолияти ҳамда тромбопластик моддаларнинг таъсири натижасида тромбогеморрогик синдром вужудга келади. Бу ҳолат аъзоларга ва терига қон қуюлиши билан намоён бўлади. Айниқса бу ҳолат мия томирларида кучлироқ бўлади.

Гемолиз натижасида камқонлик оша боради, қон ишлаб чиқиш фаолияти жуда сустлашади ва геморрагик диатез авж олади. Ҳомила ҳалокати кўпроқ антенатал туғруқдан олдин ёки интранатал, туғруқ жараёни вақтида кузатилади.

Туғилган ҳомила яшашга қобилиятсиз бўлиб, тезда нобуд бўлади. ЧГК нинг шиш формасида патологоанатомик ўзгаришлар характерлидир.

Ҳомиланинг тўла етилмаганлигига қарамасдан (бу форма, одатда, ҳомиланинг 7-9 ойлигида кузатилади) унинг оғирлиги шу муддатдаги нормал оғирликка нисбатан 1,5-2,5 маротаба ошиқ бўлади. Бу ҳолат шишлар, бўшлиқлардаги сув, аъзоларнинг катталашиши ҳисобига кузатилади. Фақат камдан-кам ҳолатларда етилган ҳомилаларда шиш унча кўп бўлмай, ҳомила оғирлиги нормадагига нисбатан 15-20% кўпроқ бўлади.

Ҳомиланинг қорин бўшлиғидаги суюқлик 500 мл ва баъзан ундан ҳам ошиқ бўлади. Плевра бўшлиғи ва перикардда ҳам сув йиғилади. Агар ҳомила туғилишдан олдин ҳалок бўлган бўлса, мацерация, шиш, асцит кузатилиб, тери остидаги майда мускулларда, суяк усти қаватида, мия қобиғида сероз ва шиллиқ қаватларида, айрисимон безда, буйрак усти бези, жигар қобиғида катталашиш кучлироқ бўлади. Барча ҳолатларда майда ёки анча йирик кўкимтир қон қуйилишларини кузатиш мумкин. Агар ҳомилани қорнини очиб кўрилса аъзоларнинг катталашганлиги кўзга ташланади.

Қора талоқ нормадан 1,5-15 маротаба (ўртача 5 маротаба) катталашиб, унинг оғирлиги 130 г гача бўлиши мумкин. Қора талоқнинг катталашиши қизил пульпада пиронинофилбластли ҳужайраларнинг кўпайишидан деб изоҳланади. Жигарнинг катталашиши эритробластларнинг пролиферациясидан, юракнинг гиперплазиясини изоантителонинг давомли таъсиридан деб ҳисоблайдилар.

Қора талоқда фолликулалар бўлмай, қизил пульпа оралиғи кенгайган, Перло усули билан бўялса, ретикуляр ҳужайраларда қисман гемосидерин, кўпроқ темир тутувчи пигментлар учрайди.

Лимфа безларида — уларнинг пўстлоқ қавати бўшаган, фолликулалар йўқ, мия қисмида бласт ҳужайралар пролиферация ҳолатида, оралиқ (синус) лар кенгайган бўлади.

Жигар нормадан 1,3-1,7 маротаба катталашади. Бу — эритроцит қаторидаги ёш ҳужайралар (эритробласт) кўпайишидан бўлади. Жигар ҳужайраларида, одатда, кўп миқдорда гемосидерин бўлади. Кўпинча дистрофик ҳолат, некроз, фиброз ҳолатнинг вужудга келиши ва ҳатто цирроз кузатилади.

Юрак кўпинча нормадан 20-50% катта бўлади. Бу — мускул толаларининг гиперплазияси ҳамда гликоген билан бойишидандир.

Баъзан ўпка ва буйрак бир оз кичиклашиб (гипоплазия), эритробластоз тўпламларни кузатиш мумкин. Ички аъзолар қон томирида ядроли эритроцитлар — нормобластлар ва эритробластлар бўлади. Буйракнинг буралма каналлар эпителийсида кўп ҳолатларда гемосидерин тўпланган, эндокрин система аъзоларида безларнинг катталашгани, улкан ҳужайралар пайдо бўлган (буйрак усти бези, ошқозон ости бези бўлаклари)да кузатилади. Айниқса паренхематоз аъзоларнинг дистрофияси ва некрози баъзан стромаларида фиброз ҳолати бўлади. Плацента анча шишади (ҳомилага нисбатан).

ЧГК да камқонлик формаси ҳомиладорлик даврида, етилган ҳомилада кам миқдордаги антителонинг унча узоқ бўлмаган таъсиридан бўлади. Қисман антителони таъсири ва ҳомиладаги компенсатор реакциянинг кучлилигидан унинг зарарланиши унча кучли бўлмайди. Туғилгандан кейин жигарнинг фаолияти яхши бўлгани учун сариқлик бўлмайди, боланинг тараққиётига путур етмайди. Бунда патологоанатомик белгилар кам бўлади. Аъзолар унча катталашмайди (қора талоқ катталашиши мумкин), қора талоқнинг ретикуляр ҳужайраларида ва жигар ҳужайраларида эритробластоз, гемосидерин тўпланишини кузатиш мумкин.

ЧГК да боланинг нобуд бўлиши деярли кузатилмайди, ўлим, одатда, резус конфликт, қўшимча касалликлар (туғруқ жароҳати, она қорнидаги асфиксия ва бошқалар) натижасида бўлади, бундай ҳолатда ҳомиланинг нобуд бўлишига ЧГК нинг камқонлик турида қўшимча бўлиб ҳисобланади. ЧГК нинг камқонлик формасида ўлим 8-10% (барча ЧГК га нисбатан) ни ташкил қилади.

ЧГК нинг сариқ формаси клиник ва морфологик жиҳатдан фарқ қилгани учун П.С.Пуревич уни иккига бўлади: туғма ва туғилгандан кейинги сариқлик.

ЧГК нинг туғма сариқлик шакли.

Она қорнидаги анча етилган ҳомилага антитело таъсири унча узоқ давом этмаса, кучсизроқ бўлса, мосланиш механизми издан чиқмайди. Ҳомила яшашга қобилиятли

бўлиб туғилади, аммо баъзи бир касаллик белгилари билан туғилиши мумкин (камқонлик, жигар ва қора талоқнинг катта бўлиши). Ҳомила туғилгандан кейин плацента билан боғланиш тугайди, бунда унинг жигари билирубинни тутиб қолиш ва ажратишни бажара олмайди, бу хусусият етарли тараққий қилмаган бўлади. Шунга кўра тезда сариқлик вужудга келади. Баъзан сариқликнинг туғма формасини (туғиш жараёнида) кузатиш мумкин.

Кейинги патологик ҳолат эритроцитларнинг парчаланиши натижасида вужудга келган моддалар, айниқса билирубин таъсирида заҳарланиш билан боғлиқ.

Инфекцион асоратлар: зотилжам, сепсис ва бошқаларнинг бўлиши табиий ҳол.

Туғма сариқлик турида патоген агент бўлиб, изоантитело (ҳомила тўқимасига ва эритроцитларга таъсир кўрсатувчи) ҳисобланади. Юқорида келтирилган омиллар касалликни оғир кечишига сабаб бўлади.

ЧГК нинг туғма шаклида патологик ҳолат. Бунда типик кўриниш сариқликдир. Тери лимон рангида ёки шафран (қизил-сариқ) рангда бўлади. Тери, тери ости, томирлар интимаси, шиллиқ парда ва бошқа туқималар ҳам сариқ рангда бўлади. Шиш формасига нисбатан геморрагик диатез унча билинарли бўлмайди.

Қора талоқ 2,6 маротаба (1,3 дан 5 маротабагача) катталашган, фолликулалар қисман редукцияланган, пульпасида бластлар ҳамда кўп макрофаглар, парчаланган эритроцит бўлакчалари, гемосидерин, лимфобез бўшлиқларида эритроцитлар фагацитози кузатилади. Кўп ҳолатларда қара талоқ макрофагида гемосидерин бўлмайди.

Жигар 1,1-1,9 маротаба (ўртача 1,4 маротаба) катталашиб, кўкимтир рангга киради.

Кўп ҳолларда юрак бирмунча катталашиб, билинарли даражада дистрофик ўзгариш ва баъзан мускул толаларида некроз кузатилади. Ўпкада кўп бўлимли ёки тарқалган катарал экссудат билан, баъзан абсцесс ҳам кузатилади. Яллиғланиш жараёни ЧГК нинг туғма тури учун жуда характерлидир.

Зотилжамдан ташқари, кўпинча омфалит ва сепсис, баъзан қизилўнгачда, ичак ва бошқа аъзоларда ярали некроз, ўпка пардасида қон қуюлиши кузатилади.

Миянинг турли қисмларида нейронларнинг дистрофик ҳолати ва некрозлар кўринади. Деярли мия асосида ядролар сариқ рангга бўялган (ядроси сариқ) бўлади. Эндокрин безларда, паренхематоз ҳужайраларда пролиферация билан бир қаторда дистрофия ва некрози, буйрак усти безида ҳам бу ҳолат кузатилади. Плацента кўпинча катталашган бўлади ЧГК нинг туғма шаклида ўлим 26% ни ташкил қилади.

ЧГК нинг туғруқдан кейинги сариқлик формаси. Бу ҳолат ҳомиланинг она қорнидаги даврида плацентанинг ўтказмаслик (барьерлик) фаолияти кучли бўлганда кузатилади. Бунда ҳомиланинг тараққиёти нормал кечади, резус антителолар плацентадан ҳомилага фақат туғруқ жараёнида ўтади. Чунки туғруқ жараёнида бачадоннинг қисқариши натижасида хорион ворсинкалари бузилади ва бачадон ичидаги босим ошади.

Клиник жиҳатдан у соғлом бўлиб, жигар ва қора талоқ катталашмаган, камқонлик ва сариқлик бўлмайди. Касаллик белгилари, бола туғилгандан бир неча соатдан сўнг ва ҳатто 2-3 кундан кейин намоён бўлади.

Резус антителонинг таъсири қон томирлардан бошланади ва бу эритроцитларнинг парчаланиши билан ифодаланади. Бу ҳолат эритроцит бўлаклари, бутун эритроцитлар, макрофагларнинг фагацитоз йўл билан бузилишига сабаб бўлади. Асосан бу қора талоқ, лимфа безлари, суяк илиги ва жигарда кузатилади. Бунда гемосидерин ва бевосита билирубин шаклланади. Гемосидерин макрофагларга тўғри бўлмаган билирубин сифатида ўтади ва қонга ажралади. Жигар ҳужайралари томонидан ушланиб қолиб, бевосита билирубин сифатида ўтга қуйилади. Аммо чақалоқ жигарининг ферментатив системаси тўғри бўлмаган билирубинни қайта ишлашга қобилиятсиз, қонда шунинг учун концентрацияси ошиб у мой тўқимасига, некрозланган бошқа тўқималарга шимилади. Натижада сариқлик вужудга келади. Бунда анемия унча кучли ёки бутунлай бўлмайди. Бунга сабаб гемолиз қисқа муддат давом этади. Аммо анча кучли бўлиб бир неча кун давом этади. 1 г % дан (Сали бўйича 6 бирликда) гемоглобин бузилишида 35% мг бевосита билирубин шаклланади. Шундай қилиб, 2 г % гемоглобин бузилганда кучли токсик хусу-

сиятли билирубин ажралади (70 мг% гача), бунда гемоглобин камайиб кетади.

Бевосита билирубин патологик ҳолатни чақирадиган агент бўлиб ҳисобланади. Асосан миянинг нерв ҳужайраларига таъсир кўрсатиши натижасида болада билирубинли энцефалопатия вужудга келади. Дастлаб нейронларнинг зарарланиши, 10-15% бевосита билирубиннинг қонда бўлиши, 20-30 мг % да эса миянинг оғир зарарланиши кузатилади. Клиник кўринишда чақалоқларда мускуллар тонусининг ошиши, гиперкинезия, тиришиш, опистотонус ҳолати кузатилиб, кейин адинамия, уйқучанлик, мускуллар гипотонуси билан алмашинади.

Қон бузилиши, жигар функционал фаоллигини камайишининг 5-6-куни билирубин ажралиши кучаяди, сариқлик аста-секин камаяди. 6-7 кунлардан кейин болалар ўлими ҳам камаяди. Билирубинли энцефалопатияни бошидан кечирган болаларда организм тараққиёти издан чиқади. Бунда карлик, кўрлик, хореоптетоз, эси пастлик ҳолатлари кузатилиши мумкин. Бу ҳолатни сариқликдан кейинги энцефалопатия деб ифодаланади. Кўпинча бундай болаларда сут тишлари яшил-сариқ рангда бўлиши кузатилади.

Патологоанатомик кўриниши. Бунда ҳам гемолитик сариқлик ва билирубинли заҳарланиш белгилари бўлиб, тўқималар сариқ ёки шафрон рангида бўлади. Ҳомила она қорнида зарарланмаганлиги учун морфологик ўзгариш бузилиши кузатилмайди. Чунки ҳомила туғруқ жараёнида зарарланади, ҳомиланинг барча аъзолари сезиларли даражада ўзгармайди. Фақат қораталоқ бироз катталашган, сабаби — асосан шу аъзонинг тўлақонлигидадир.

Қораталоқ фолликуллари ва лимфа безлар яхши тараққий қилиб унда бластлар баъзан фолликулларда некроз бўлиши мумкин.

Қораталоқнинг қизил пульпаси ва қисман лимфа безларининг оралиқлари (синус) да фрагментация, фагоцитоз кучли бўлиб макрофагларнинг цитоплазмасида кўп миқдорда гемосидерин тўпланади. Жигарда эритробластоз бўлмайди ёки қисман бўлади. Жигар ҳужайраларида дистрофик ўзгаришлар кучли бўлмайди, баъзан баъзи

жойларда некрозлар кузатилиб, некроз қисман жигар бўлагига тарқалиши мумкин.

Касалликнинг 4-куни кўпинча ўт капиллярларида ўт тиқинлари "тромблар" — ўт қуйқалари бўлади. Юракда унча катта бўлмаган некрозни кузатиш мумкин. Ўпкада одатда аспирацион зотилжам бўлиши мумкин.

Буйракда билирубин — "инфаркти" аниқланади. Бу — буйрак пирамидасида бевосита билирубиннинг шимилиши натижасида юз беради.

Эндокрин безларда айтарли ўзгаришлар қайд қилинмайди. Буқоқ ости безида коллоид вакуоллашуви, майда-майда қон қуйилишлари, айрим ҳужайралар некрози, буйрак усти безида улкан ҳужайраларнинг вужудга келиши юзага чиқади. Бунда плацента деярли ўзгармасдан қолади. Мия анча зарарланади. Касаллик авж олган даврда (1,5 — 5 кун ичида) миянинг баъзи бир қисмлари (асосан орқа миянинг олдинги шоҳи), узунчоқ мия ядроси ва кўприги, кичик миянинг аммон шоҳи ва бошқалар сариқ рангга бўялгани аниқланади. Шунингдек ядроли сариқлик мия моддасининг бошқа қисмларида кузатилмайди.

Микроскопияда махсус бўёқ билан бўялганда нейронлардан билвосита билирубин шимилмайди, сезувчан нейронлар, вегетатив соҳа ва ретикуляр фармация, бутун бош мия пўстлоғи қаттиқ шикастланади. Ҳаракатчан ядро эса камроқ зарарланади.

Нейронлар анчагина шишиб кетади, бунда цитоплазма ва ҳужайралар ядроси ҳам шишади, Нессель моддаси эриб кетади (хроматолиз). Талайгина нейронлар ишемияга учраб, ниҳоят, ҳужайралар нобуд бўлади. Кўпгина жойларда нейронлар 50-80 фоизгача ҳалок бўлади. Аввал глиоз ҳужайралар гипертрофияланиб, қисман айнийди, яъни дистрофияга учрайди. Бундан ташқари, қон айланишининг бузилиш белгилари намоён бўлиб, томирлар дистонияси, шишлар кузатилади. Касалликнинг 6-7-кунига келиб, бояги катта ўзгаришлардан кейин ҳалокатга учраган нейронлар ўрнида глиоз чандиқлар, баъзан эса кисталар ҳосил бўлади.

Болалар туғилгандан кейин сариқликдан ўлиш ҳоллари 22-23 фоизни ташкил этади.

АВО рақобати натижасида рўй берган ЧГК сариқлик ёки камқонлик кўринишида кечади. Бунда рақобат АВО антиген тизими бўйича кечиб, ҳомиладаги А (II) ёки А (III) ва ҳомиладорнинг О (I) қон туркуми бўлгандан вужудга келади.

Бу ҳолат бир қатор патогенетик хусусиятлари билан фарқ қилади.

Маълумки, қонда доимий равишда агглютинин альфа (α) ёки бета (β), баъзан биргаликда (IV гуруҳдан ташқари) бўлади. Бунда ҳомиладорнинг иммунизацияланиши олдиндан бўлмайди. Шунинг учун ҳомиланинг зарарланиши биринчи ҳомиладорликда кўпроқ учрайди. Бунда конфликт резус мос келмаслиги, қисман АВО мос келмаган ҳомиладорлик каби кечади.

Кўпинча ЧГК нинг АВО система билан боғлиқлиги Л.В.Тимошенконинг айтиши бўйича 150-200 чақалоққа битта тўғри келади. Аммо бунинг енгил турлари кўпроқ учрайди.

Туғма турида шиш, туғма сариқлик, мацерацияга учраган ҳомилалар кузатилади.

Бу АВО изоантителолар йўлдошдан ҳомилага ўтмайди. Шунинг учун АВО рақобати резус конфликтга нисбатан анча енгил кечади. АВО конфликтнинг бирдан-бир хусусияти гемосидерин жигарнинг купер ҳужайраларига тўпланишидир.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА ГЕМОЛИТИК КАСАЛЛИККА ТАШХИС ҚЎЙИШ

1. Анамнез — бунда она илгари муддатига етмасдан туққани, тез-тез бола ташлаши, туғилган болалари гемолитик касаллик билан оғриганлари, Rh манфий бўлган аёлларга илгари қон қуйилганлиги, ҳомиладорликдаги антителолар титри сўраб аниқланади.

2. Она ва болани серологик текшириш. Rh ва қон туркумини аниқлаш, антителонинг она ва бола қонидаги характери ва титрини аниқлашда кумбс реакциядан фойдаланиш, она сутидаги антитело титрини аниқлаш.

3. Клиник-гематологик белгилар. Чақалоқнинг умумий аҳволи, сариқликнинг эрта (дастлабки 2 кунда) вужудга келиши, билирубин концентрациясини ҳомиланинг кин-

дик тизимчаси қонидан аниқлаш (туғруқда 3-4 мг% бўлади). Камқонликни эритронормобластик реакцияси ёки ретикулоцитларнинг кўплиги, марказий асаб системанинг билирубинли энцефалопатия туфайли зарарланиши, гиперпластик синдромнинг вужудга келиши (жигар ва қора талоқнинг катталашиши, анемия, кардиопатия, геморрагик синдром, жигар ўт ишлаб чиқариш фаолиятининг бузилиши), ўтнинг "қуюқлашиш" белгиси билирубин концентрациясига боғлиқдир. Агар билирубин концентрацияси 0,2 мг % дан ошиқ бўлса, унда қонни алмаштириш операциясидан фойдаланилади.

Шунга кўра ташхис қўйишда ва касалликнинг оғирлигини аниқлашда билирубин концентрациясини мунтазам аниқлаб туриш лозим бўлади.

ЧАҚАЛОҚЛАРДАГИ САРИҚ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИСИ

ЧГК га дифференциал ташхис қўйишда патологик ҳолатларни ҳисобга олмоқ керак.

I. Конъюгацион сариқлик. Бунга физиологик сариқлик кириб, чақалоқ туғилгандан 3-4 кундан кейин пайдо бўлиб, 2 ҳафтагача давом этиши мумкин:

а) она эстрогени ва баъзи бир дорили моддалар таъсирида вужудга келадиган сариқлик (вит. "К", сульфаниламидлар). Она эмизмай қўйса, сариқлик йўқолади;

б) гемолитик бўлмаган оилавий гипербилирубинемия, ядроли сариқлик генетик ҳолатга боғлиқ бўлиб, глюкуронилтрансфераза ферментининг бўлмаслиги (бу билирубинни зарарсизлантиради). Ядроли сариқлик чақалоқнинг биринчи ойида вужудга келиб, қонни алмаштиришга ёрдам бермай, чақалоқнинг ўлимига сабаб бўлади;

в) Жилберт типидаги жигарнинг транзитор дисфункцияси;

г) пилоростеноздаги сариқлик,

II. Гемолитик сариқлик. Қуйидаги тизимлар бўйича изоиммунологик конфликт:

а) Rh, АВО ва бошқа антиген туркумлари;

б) ферментли эритроцитопатия — махсус скринглашни талаб қилувчи.

III. Жигар касалликларидаги сариқлик:

а) қон зардобида сариқлик;

б) цитомегалик сариқлик;

в) токсоплазмоз;

г) сепсис;

д) турли инфекциялар: листериоз, туғма захм ва бошқалар;

е) метаболик сариқлик.

Галактоземия, гликогенозда микседема, муковисцидоз, алкаптонурия ва қанд касаллигида.

IV. Механик сариқлик:

а) ўт чиқазиш йўлларининг сиқилиб (атрезия) қолиши: бунда ахлат рангсиз бўлади, аста-секин ҳафта давомида сариқлик авж олади, қорин, жигар, кейин қора талоқ ҳам катталашади;

б) ўтнинг қуюлиш синдроми — гемолитик касалликдаги асоратлар;

в) ўт йўлларининг босилиб қолиши (лимфа безлари, ошқозон ости бези, бошининг гемангиоэндотелиомаси, жигардаги хавфли ўсмалар, томирлар ташқарисидаги гемолиз тўқималарга қуйилган қонларнинг гемолизи, мияда қон айланиши бузилиши, гипоксик ҳолат.

Профилактикаси. 1.Rh манфий биринчи туғувчиларга дастлабки 48-72 соат давомида (туққандан ёки аборт қилингандан кейин) анти-Д-гаммаглобулин юбориш.

2. Чақалоқ туғилгандан кейин 10 соат давомида Rh манфий қиз болаларга резус гаптен юбориш.

3. Rh манфий ҳомиладорларга қоғоноқ сувига резус гаптен юбориш.

Кўп муаллифлар биринчи усулни (Л.С.Персианинов ва бошқалар, 1970—1973 йил, С.Башкович ва бошқалар, 1969, P.Hofmann 1970, S. Sehider ва бошқалар, 1970) фойдали ҳисоблайдилар. Асосан анти-Д гаммаглобулинли резус изосенсиблизацияланган ҳомиладорнинг юқори титрли плазмасидан олинади. Буни қон алмаштириб қуйишда ёки йўлдош орқасидаги қондан олинади. Сифатли глобулин олиш учун бир неча кишининг қон зардоби аралашмасидан фойдаланилади.

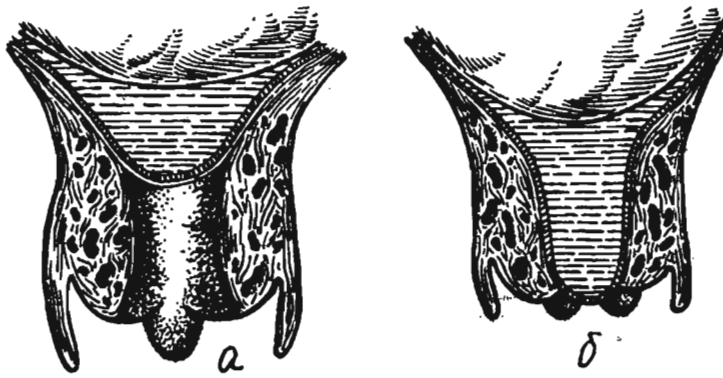
Антирезус иммуноглобулинни Rh манфий туққан аёллар қонида антирезус антитело бўлганда юборилиб, қис-

ман аёлларни препарат юборилганининг 3-5 куни қони текширилганда, уларнинг қон зардобида антирезус антитело 1:2:1:4 бўлгани кузатилган. Б.Г.Содиқов ва бошқалар резус сенсибилизацияни олдини олиш учун препаратнинг 2,0 мл миқдори етарли деб ҳисоблайдилар.

РЕЗУС ИЗОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯЛАНГАН ҲОМИЛАДОРЛАРНИ ДАВОЛАШ

Л.С.Персианиновнинг таъкидлашича, ҳомиладорликнинг 8, 12, 24, 28 ва 32 ҳафталигида даволашни бошлаш ҳомиладорликнинг нормал кечишига, ҳомиланинг нормал тараққиётига эришишга асос бўлади. Аёл 12-14 кун стационарда ётиши керак. Даволашда 20 мл 40% глюкозани 300 мг аскорбин ачими билан, 2,0 мл 2% сигетин ва 30-100 мг кокарбоксилаза, метионин (0,5х3 маротаба), рутин (0,02х3 маротаба), кальций глюконат, кислород, кварц билан умумий нурлатиш, камқонликни даволаш (гемостимулин 0,6х3 маротаба), темир лактат 2,0 мускул орасига юборилади ва диетотерапия қўлланиши керак бўлади.

Ю.Мусатович (1965) эпсилонокапрон ачимининг гипосенсибилизациялаш таъсирини ўрганиб, уни анча яхши натижа беришини тасдиқлади. Н.А.Зотков (1969), Б.Г.Содиқов ва бошқалар (1967-68) бу борада изланишлар олиб боришиб, буни туғиш жараёни бошланишида қўллашни тавсия қилдилар. (11-расм).



11-расм. Бачадон бўйни очилишининг бошланиши.
а. бўйин шиллиғининг пастга силжиши; б. қороноқнинг бўйинга суқилиши.

Кортикостериодлар (K.A.Huter ва бошқалар, 1966) иммун таначаси гемолизини сусайтиради, глюкуронидазанинг ферментатив системасини анча босади ва нормаллаштиради, билирубин алмашинувининг патологик кечишини олдини олади. Гипоксияга нисбатан нерв тўқимаси резистентлигини оширади.

ГЕМОЛИТИК КАСАЛЛИК БИЛАН ОҒРИГАН ЧАҚАЛОҚЛАРНИ ДАВОЛАШ

Чақалоқ қонини алмаштириш анча оғир операция ҳисобланиб, бир қатор қийинчиликлардан ҳоли эмас. Бундан ташқари, шуни ҳам назарда тутмоқ керакки, қон алмашганда қуйиладиган қон билан унинг турли антигенлари ҳам қуйилади, булар ҳам чақалоққа салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Аммо шунга қарамасдан бу усул анча фойдали ҳисобланади.

Қонни алмаштириш бошқа даволаш усуллари билан биргаликда қўлланилганда болалар ўлимини камайтиришга, уларнинг нормал тараққий этишига эришиш мумкин.

Б.Г.Содиқов қонни алмаштириш билан бирга касалликнинг енгил турида билирубинни блоклайдиган, чақалоқ организмини интоксикациядан холи қиладиган препаратлардан фойдаланган. Булардан:

1) инфузион даволаш: венага томчи сифатида бир минутда 4-5 томчидан (маннитол, сорбитол, альбумин ва плазма) юбориладиган суюқлик 80-100 мл дан ошмаслиги керак;

2) ошқозон орқали суюқлик юбориш.

Суюқлик таркиби: 20% глюкоза 50-100 мл, плазма 30 мл (1 кг бола оғирлигига), физиологик эритма 50-100 мл, кокарбоксилаза 50 мг, метионин 0,5. Буларни болага зонд орқали юборилади. Зондни бурун тешиги орқали ошқозонга киритиб, эритмани бир минутда 4-6 томчи миқдорида юборилади;

3) фототерапия — болани яланғочлаб, кўзи қора боғлағич билан боғланади. Нурдан 40 см узоқликда кювезга ётқизилади (лампа — кўк флуоресценцияли, кундузги ёруғлик нури). Чақалоқни 12 соатдан 48 соатгача нурлантирилади;

4) фенобарбитал (люминал) (15 мг 1 кг оғирлигига) 3 кун берилади;

5) буйрак усти бези фаолияти жуда пасайиб кетиб, касаллик оғирлашганда кунига 0,001 (бир кг оғирликка) 6-8 кун давомида преднизолон буюрилади.

6) барча бемор чақалоқларга 3 маротаба витамин С 0,05 х 3, B_1, B_2 — 0,01 х 3; глютамин ачими 0,1 х 3, метионин 0,15 х 5. Гаммаглобулиндан укол қилинади ва кислород берилади. Улар 5-7 кун давомида, касалликни кечишига қараб донор сути билан овқатлантирилади. Чақалоқ стационардан чиққандан кейин ҳар ойда бир маротаба гемоглобини текширилиб туриши керак.

Rh — конфликтида ҳомиладорликни бошқариш.

Маълумки туғруқ жараёни яқинлашган сари резус антителони йўлдош тўсиғидан ўтиши осонлаша боради, натижада ҳомилада гемоглитик жараён борган сари оғирлашади.

Кўп муаллифлар туғруқни режалаштиришни афзал биладилар. Бу узоқ кузатишлар натижасида амалиётда тасдиқланган бўлиб, ниҳоят режали туғдириш туғилган чақалоқнинг ўсиш жараёнига путур етказмайди.

Ҳомиладорликнинг 37-38 ҳафтасида тўхтатиш анча яхши натижа беради. Бунда билирубинли энцефалопатияни олди олиниб, болалар ўлимининг олди олинади. Етилмасдан чала туғилган болаларда касаллик анча оғир кечади.

Гемолитик касалликнинг прогнози. А.М.Петров-Маслаков бўйича резус конфликтида 13-16% ҳомила она қорнида ҳалок бўлади. Ҳомила ҳолатини аниқлашда, ҳомила олди сувини спектрофотометр ёрдамида текшириш усули бор. Бунда 15-20% хатога йўл қўйилиши мумкин бўлгани учун фақат шу усулни ўзигина кифоя қилмайди. Эстрадиолни текшириш усули ҳам бўлиб, эстрадиолни сийдик орқали ажралишини текшириш анча мураккаб усуллардан ҳисобланади. Резус мос келмаганда эстрадиолнинг кўп ажралиши йўлдош синцитиясининг гиперплазиясида кузатилади. Аммо бу ҳомила ҳаётига хавф солмайди (В.М.Садаускас ва бошқалар, 1970).

Резус мос келмаган ҳомиладорларда 6,2% ўз-ўзидан абортнинг кўпайиши кузатилади. Резуси сенсибилизацияланган ҳомиладорларни текшириш услуби ҳомила ва чақалоқнинг соғломлаштиришга қаратилган бўлиши керак.

Бунинг учун динамикада резус антителонинг титрини аниқлаш, блокирлайдиган антителани кумбс усулида, айниқса тўла агглютинация қилувчи антителони аниқлаш, тўғри бўлмаган билирубинни ҳомиладорнинг қон зардобида аниқлаш билан бир вақтда резус антителo титрини белгилаш, ишқорли фосфатазанинг фаоллигини ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида (спектрофотометрик ва кимёвий усулда билирубин ва резус антителани ҳомила олди сувида аминоцентез ёрдамида) аниқлаш.

Шу юқорида қайд қилинган текшириш усулларидан фойдаланган ҳолда касаллик прогнозини анча яхшилашга эришилади.

IX БОБ

ТУҒРУҚНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ

Туғруқ физиологик жараён бўлишига қарамай, баъзи ҳолларда шундай патологик ҳолатлар учрайдики, бунда турли операция усулларидан фойдаланиш керак бўлиб қолади.

Биз қуйида қисқача туғруқнинг клиник кечиши ҳақида тўхталиб ўтамиз.

Баъзи аёллар туғруқдан бир ҳафта илгари бачадон қисқаришини сезадилар. Аммо бу туғруқнинг "хабар берувчи" белгилари бўлиши мумкин холос.

Бачадон бундай қисқарганда унинг бўшлиғидаги босим ошмайди, сув парда таранглашмайди ва бу бачадон бўйнининг очилишига таъсир кўрсатмайди.

Туғруқ дарди одатда, қорин пастида ва бел соҳасида тутиб-тутиб турувчи оғриқ билан бошланади, бу астасекин зўрайиб, анча тезлашиб узоқроқ давом эта боради.

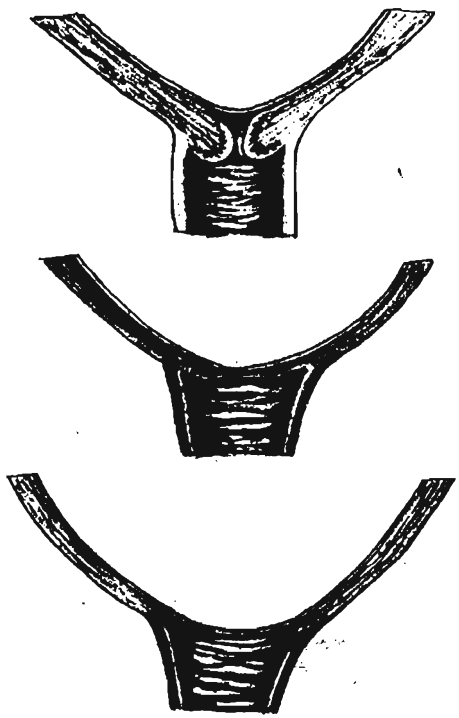
Туғруқ дарди ҳар 15-20 дақиқадан кейин тезлашиб 10-8 дақиқада тутиб, сўнг 20-25-30-35 сония, сал ундан кўп давом этса туғруқнинг бошланишидан далолат беради. Тўлғоқ бошланган аёл қорнининг ташқи кўринишини кузатиб шифокор туғруқ дарди бошланганлигини аниқлаши мумкин.

Туғруқ жараёни асосан 3 даврдан иборат:

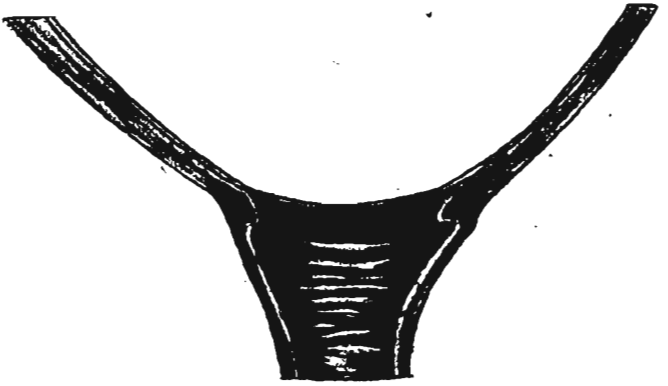
Туғруқнинг биринчи даври (бачадон бўйнининг очилиш даври). Бу жараён биринчи ва қайта туғувчиларда турлича бўлади. Туғруқ бошланишида бачадон бўйни жуда юмшаб, ўз туриш ҳолатини ўзгартиради. Одатда бачадон бўйнининг ташқи тешиги ҳали туғруққа тайёр бўлмаса, у қиннинг орқа гумбазига қараган бўлади, туғиш жараёнига тайёрланиш даврида у аста-секин чаноқ ўқига тўғри келиб қолади, у юмшаб ташқи тешигига бир бармоқ киргизиш мумкин бўлади. Шу белгиларга асосланган ҳолда биз бачадонни туғруққа тайёр деб фикр юритамиз.

Бачадон бўйни мускуллари ўзининг бекитиб туриш фаолиятини йўқотгани сабабли у осон очилиши мумкин бўлади.

Биринчи туғувчиларда бачадон бўйнининг очилиши бўйин каналининг ички тешигидан бошланади (12-расм).



12-расм. Биринчи туғувчи аёлда бачадон бўйни очилиш жараёни.

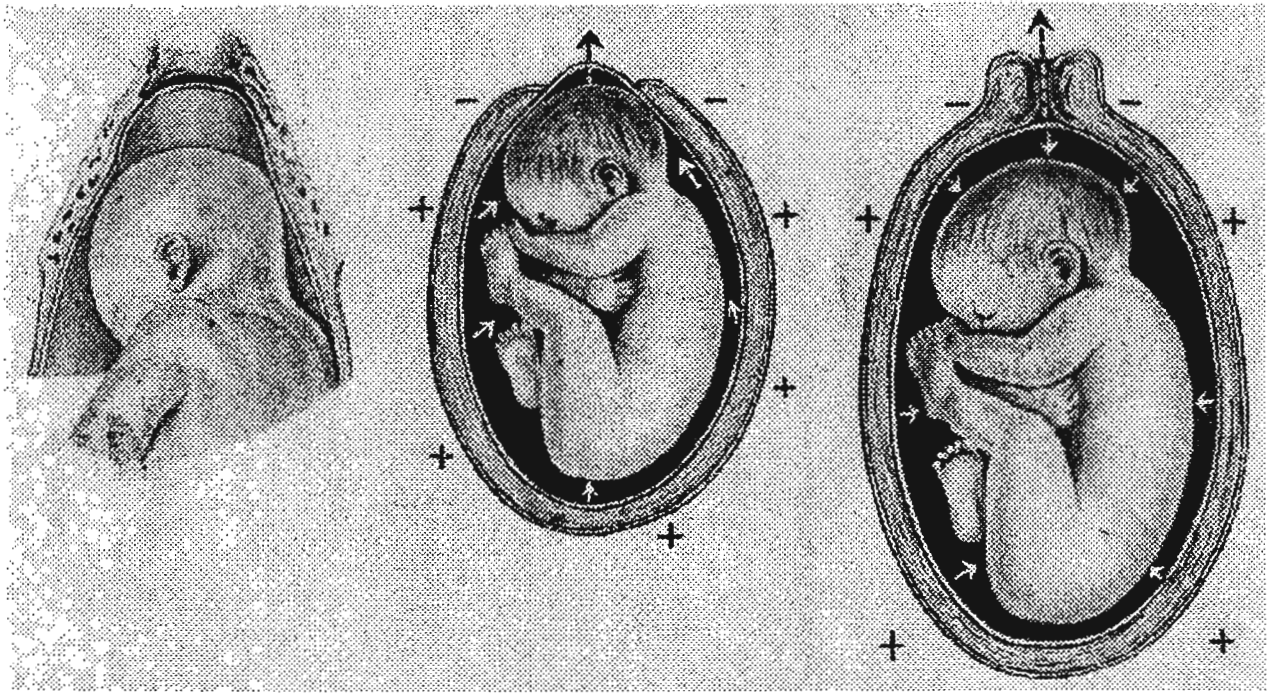


13-расм. Такрор туғувчи-аёлда бачадон бўйнининг очилиши.

Бачадон бўйни аста очилиб, бачадоннинг ҳомила жойига қўшилади. Натижада у калталашиб, ниҳоят бутунлай ўз шаклини йўқотади. Бу бачадон бўйнининг текисланиш жараёни деб аталади.

Бачадон бўйни текисланғандан кейин унинг ташқи тешигига одатда 1-1,5 бармоқни киритиш мумкин бўлади. Бўйин четлари юпқалашиб, чўзилувчан бўлиб қолади. Қайта туғувчиларда бачадон бўйнининг ҳар икки тешиги бир пайтда очилади, очилган даврида у калталаша боради (4-жадвал). Очилган бачадон бўйни орқали қоғаноқ аниқланади, у дард тутганда таранглашади. (13-расм) Бачадон бўйнининг очилиш даражаси сантиметр билан белгиланади. Агар бачадон бўйни 10 см очилган бўлса, бу унинг тўла очилганидан далолат беради.

Бачадон бўйни очила бошлаши билан қоғаноқ осон аниқланади. Ҳар бир тўлғоқда бачадон ичидаги босим оша боради, шунга кўра ҳомила пуфаги ҳам шу бачадон бўшлиғи шаклини олади. (14-расм) Ҳомила тухумининг ўз шаклини бундай ўзгартиришига қоғаноқ суви сабаб бўлади. Дард тутганда бачадон ичидаги босим ошади ва қоғоноқ бачадоннинг ички бўйин қисмига сурилади. Одатда шу пастки қисмда ҳомиланинг бирор йирикроқ қисми жойлашган бўлади. Ҳомила кўндаланг келганда бу ҳолат кузатилади, чунки олдиндан келувчи қисми бўлмайди. Ҳомиладорликнинг сўнги муддатларида кенгая бошлаган бачадоннинг пастки қисми ҳар дард тутишда яна кенгаяди.



14-расм. Бачадон бўйнининг очилиш жараёни.

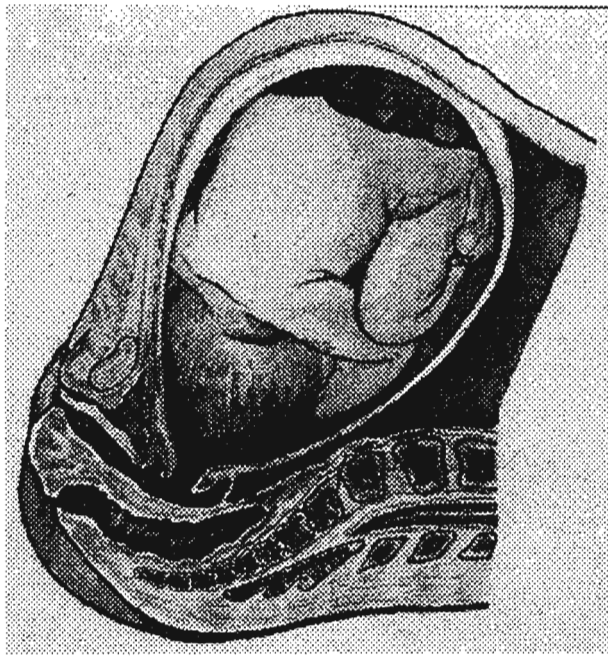
4-жадвал

Туғруқ жараёни бошланишидан олдин жинсий аъзолардаги ўзгаришлар (М.С.Малиновский бўйича)

Жинсий аъзолар	Биринчи туғувчиларда	Қайта туғувчиларда
Қин	Кам ёки бутунлай йиртилмаган. Тор ва ғадир-будур.	Йиртилган, аммо кўпинча, чандиқлар бўлади.
Бачадон бўйини	Юмшоқ, юмшаринқираган, коник шаклида дўмбоғ ёки эҳтизиксимон.	Кенг ва текис Юмшоқ, аниқ орқа ва олдинги бўлакларга бўлинган.
	Дукка ўхшаш шаклда, шу ҳолича бачадон бўйни, очилгунича қолади. Одатда ҳомиладорликнинг X ойигача берк бўлиб, баъзан туғруқ олдидан бармоқ учи киradиган даражада бўлиши мумкин бўлади.	Воронкасимон шаклда, кенг қисми қинга, тор қисми бачадон бўшлиғига қараган. Ҳомиладорликнинг V ойидан бошлаб очиқ, VII ойида бармоқни киритиш мумкин, IX ойда бармоқ бутун канал бўйича кира олади, X ойда кўпинча бўйнининг ички тешигига ҳам бармоқ киради ва ҳомила бошининг чоки ва лиқилдоғини пайпаслаб бўлади
Ҳомила боши	Бачадон бўйни очилгунча берк бўлади. Чаноқ киришига қаттиқ суқилган	Юқорига қаралсин. Чаноқ киришидан юқорида, қимирловчи бўлади.

Бачадон ичидаги босим оша борган сари пастки қисми яна кенгая боради (туғруқ дарди бўлмаганда ҳомила олди суви ичидаги босим 7,8-10 мм симоб устунига тенг бўлади, дард тутган пайтда эса 50-90 мм симоб устинига тенг бўлиб қолади). Шунинг учун қоғаноқ бачадоннинг ички бўйин қисмига сурилади. Одатда шу пастки қисмида ҳомиланинг бирор йирикроқ қисми жойлашган бўлади. Ҳар дард тутишда ҳомиладорликнинг сўнги муддатларида кенгая бошлаган бачадоннинг пастки қисми янада кенгаяди. (15-расм)

Бачадон ичидаги босим оша борган сари бачадон бўйни каналининг юқори қисми ҳам воронкага ўхшаб, аста-секин кенгаяди. Бачадон ичидаги босим туфайли қоғоноқ шу ва-



15-расм. Очилиш даври. Бачадон бўйни қисқарган. Ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки чаноқнинг кўндаланг ўлчамида турибди.

ронкага ўхшаб кенгайган қисмга суқилади ва бачадон бўйни канали девори ичига жойлашган нерв толаларини қитиқлаб, тўлғоқнинг янада зўрайишига сабаб бўлади.

Тўлғоқ кучая бориши натижасида таранглашган ҳомила пуфаги борган сари бачадон бўйни каналига суқилиб киради ва унинг очилишини тезлатади.

Унинг кетидан ҳомила боши борган сари пастга сурилиб, маълум вақтга етганда у бачадон бўйни ва чаноқнинг кириш қисмига шундай суқилиб қоладики, навбатдаги тўлғоқ тутишда ҳомиланинг орқасидаги сув олдиндаги сувга қўшила олмайди. Бунда ҳомила бошини чаноқнинг кириш қисмига ва бачадон бўйнига ҳамма томонидан тегиб турган жойида тақалиш камари ҳосил бўлади ва шу камар туфайли қоғаноқ суви иккига: олдинги ва орқадаги сувга ажралади. Ҳомиланинг олдинда келувчи

қисмидан олдинда бўлган сувга — қоғоноқ сувининг олдинги қисми дейилади, ҳомиланинг олдинги келувчи қисмидан юқорига жойлашган сувни эса орқа суви дейилади. Олдинги сув миқдори бир неча ошқошиқ бўлиб, қолган сув ҳомилани олдинда келувчи қисмининг юқорисида қолади.

Агар ҳомиланинг олдинда келувчи қисми чаноқдан юқори турган бўлса, бундай ҳолларда ҳомила олди суви юқорида айтилгандек икки қисмга бўлинмайди. Шунинг учун қоғоноқ бачадон ичидаги босимга бардош бера олмай ёрилганда олдинги ва орқа сув бутунлай кетиб қолади.

Баъзан дард бошланмасдан туриб ёки бачадон бўйни тўла очилмай туриб қоғоноқ пуфаги ёрилиши мумкин, бунга қоғоноқ сувининг вақтдан илгари кетиши дейилади.

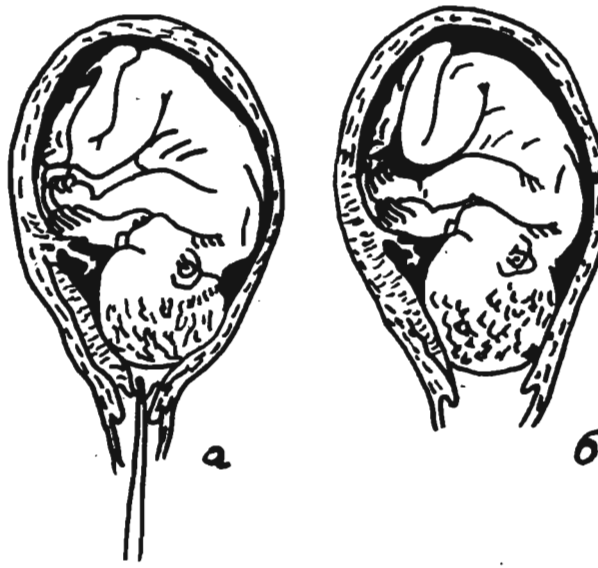
Кўпинча қоғоноқ пуфаги бачадон бўйни 4-5 бармоқ кенглигида очилганда ёрилади. Баъзан қоғоноқ пуфаги бачадон бўйни тўла очилгандан кейин ҳам ёрилмаслиги мумкин; бунга қоғоноқ пуфагининг кечикиб ёрилиши дейилади. Бу қоғоноқ пуфагининг қалинлигидан далолат беради.

Агар қоғоноқ пуфаги ўз вақтида ёрилмаса ҳомилада асфиксия (бўғилиб қолиш) рўй бериши мумкин. Шунинг учун пуфакнинг ёрилишини кутиб ўтирмай, агар бачадон бўйни тўла очилган бўлса, қоғоноқ пуфагини қўл ёки асбоб билан ёриш керак бўлади. (16-расм)

Биринчи ва қайта туғувчи аёлларнинг бачадон бўйни турлича очилади. Шунга кўра уларнинг туғиш жараёни ҳам турлича кечади. Биринчи марта туғувчиларда аввало бачадон бўйнининг ички тешиги, сўнгра каналининг ҳаммаси текисланиб ва энг кейин ташқи тешиги очилади деб айтиб ўтган эдик.

Ички тешик билан бўйин канали очилиши натижасида бачадон бўйни калталашади. Бачадон бўйни қисқариши натижасида унинг қинга кириб турувчи қисми астасекин кичрайиб йўқолади, бу ҳолат бачадон бўйнининг текисланиши деб аталади.

Бармоқлар ёрдамида қин орқали текширилганда бачадон бўйни ўрнида қўлга баъзан юпқа айланма пластинка илинади.



16-расм. Ҳомила пуфагининг асбоб билан ёриш (а).
Қоғоноқ суви кетган (б).

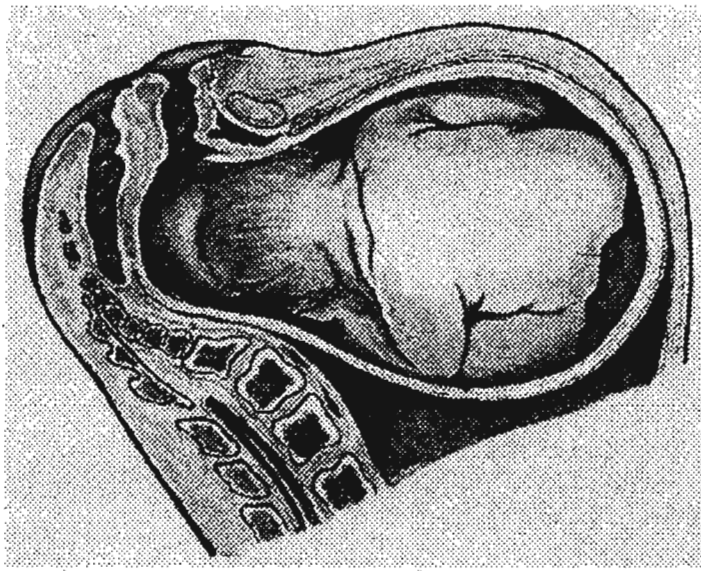
Такрор туғувчи аёлларнинг бачадон бўйни бошқача бўлади ва бошқача очилади. Бачадон ташқи тешиги бир вақтда очилади деб айтиб ўтган эдик. Бунда бачадон бўйни бир вақтнинг ўзида калталашиб боради ва текисланади. Такрор туғувчиларда бачадон бўйни биринчи туғувчиларга қараганда тезроқ очилади.

ТУҒРУҚ ДАРДЛАРИ

Туғруқнинг биринчи даври биринчи туғувчиларда 12-17 соат, қайта туғувчиларда 6-9 соат давом этади.

Ҳомила бошини чаноқнинг кириш қисмига суқилиб кириш даражаси ташқи томондан ва қин орқали текшириш билан аниқланади. Бунда ҳомила бошининг кичик чаноқнинг кириш қисмида қанча қисми пастда экани чаноқ ичига суқилган даражасига қараб билинади.

Агар ҳомила боши чаноқнинг кириш қисмидан юқорида турса бу ҳомила ҳали жойлашмаганидан дарак беради. Бунда бош билан қов суягининг кўндаланг шохи орасига икки бармоқни бемалол киритиш мумкин бўлади.



17-расм. Ҳомила пуфаги ёрилган. Очилиш давринг охири ва туғилиш давринг боши. Ҳомила бошининг катта сегменти чаноқ оғзида турибди.

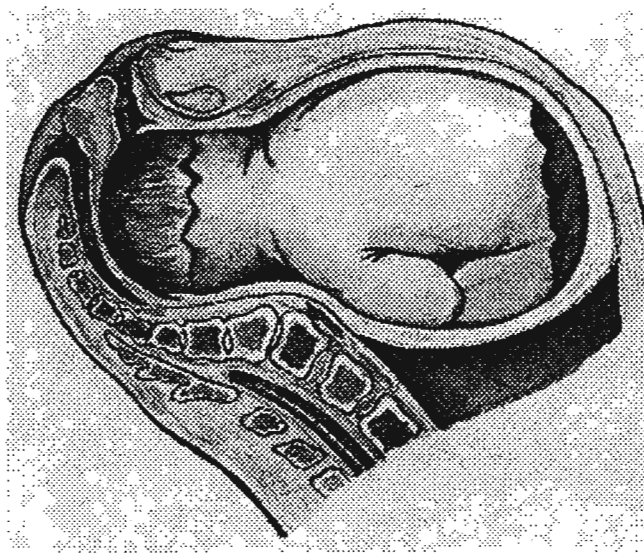
Агар ҳомила боши кичик чаноқнинг кириш қисмига суқилиб кирган бўлса, уни пайпаслаб кўрганда қимирлатиб бўлмайди. (17-расм).

Ҳомила боши сегменти нима? Ҳомила боши овал шаклдадир. Агар бошни энг катта диаметри бўйича тахминий кесилса, бунда овал ўрта сатҳи энг катта ўлчовда бўлади. Энг йирик сатҳ бошнинг ўрта сатҳидир. (18-расм).

Ҳомила бошининг ўрта сатҳи, унинг айланаси шартли равишда катта сегмент деб юритилади. Катта сегментдан юқорида бўлган юзалик кичкина сегмент деб аталади. Ҳомила боши ёзилиб келишининг турли шаклларида унинг катта сегменти турлича ҳолатда бўлади.

Ҳомила бошининг қайси қисми кичик чаноқнинг кириш қисмига суқилиб киришига қараб унинг туғруқ канали бўйича сурилаётгани аниқланади.

Бунинг учун қорин девори орқали, лозим бўлганда қин орқали текширилади. Қин орқали текширилганда ҳомила бошининг пастда турган қисмини қуймич суяклар ўсим-



18-расм. Бачадон бўйни тўлиқ очилган, ҳомила боши чаноқнинг кириш қисмига суқилиб кирган.

тасига нисбатан мувозанати аниқланади. (кичик чаноқнинг тор қисми). Ҳомила боши кичик чаноқнинг кириш қисмига суқилиб кириш босқичлари қуйидагича бўлади: ҳомила бошининг пастки қисмини қинга суқилганини бармоқлар билан пайпаслаб кўриш мумкин. Бунда бармоқ учлари билан ҳомила бошини юқорига итарсак, у осон кўтарилади. Ташқаридан қараганда ҳомила бошининг букилиб, очилиб кетганида ҳам текширувчи кафт юзаси билан унинг чаноқ ичига суқилиб турганини, букилиб келганда энса соҳаси чаноқнинг номсиз чизиғидан (lin. innominata) $2^1/_2$ — $3^1/_2$ бармоқ, юз томонидан эса 4-5 бармоқ чаноққа кириш қисмидан юқори турганини аниқланади.

Қин орқали текширилганда чаноқ суягининг чаноқ ичига қараган дўнгига (promontorium) бармоқларни букилган ҳолатда яқинлашиши мумкин бўлади, бунда бошнинг олдинда келувчи қисми қуймич дўмбоғидан 1-2 бармоқ юқорида бўлиб, қинга киритилган бармоқлар орқали уни қийинчилик билан юқорига итариш мумкин бўлади.

Ташқаридан текширилганда иккала кафт юзасини бошга тақаб ушлаганда бир-бирилари билан учрашади. Гўё катта чаноқ ташқарисида ўзининг проекциялари билан ўткир бурчак ҳосил қилади.

Энса суяги қисман (1-2 бармоқ), юз қисми $2^1/_2$ — $3^1/_2$ бармоқ чаноққа кириш қисмидан юқори туради. Қин орқали текширилганда думғаза чуқурчасининг юқори қисмида ҳомила боши жойлашгани билинади. Бошнинг пастки юзаси қуймич юқорисидан 1 — $1^1/_2$ бармоқ пастда бўлади. Ҳомила бошининг чаноққа кириш қисмига ва бачадон бўйнига ҳамма томондан тегиб турган жойида тақалиш камари ҳосил бўлади. Бу камар қов суягининг юқори ярмида ва биринчи думғаза суяги оралиғида вужудга келади.

Ташқаридан текширганда бошнинг энса қисми аниқланмайди, юз қисми 1-2 бармоқ юқорида бўлади. Ҳомила боши кичик чаноқ ичида қин орқали текширилганда унинг кўп қисми думғаза чуқурчасига жойлашган бўлади. Бошнинг пастки қисми думғазанинг дум суяги билан қўшилган ерида ёки ундан бирмунча пастда унинг тақалиш камари чаноқ ичининг тор қисмида бўлади.

Ташқаридан бошни пайпаслаб бўлмайди, думғаза чуқурчаси бош билан эгалланган бўлади. Бошнинг пастки қисми тақалиш юзаси думғаза суягининг ва қов суяги бўғимининг пастки қисми соҳасида бўлади.

Туғруқнинг иккинчи даври. Туғруқнинг иккинчи даври бачадон бўйни тўла очилиб бўлгач бошланади. Туғаётган аёл тўғри ичакка босим тушаётганини сезади ва унда кучаниқ хоҳиши туғилади. Туғруқнинг бу даврида бачадон мускуллари, қорин, тана ва оёқ, қўл мускулларининг қисқариши сабабли бачадон бўшлиғидаги босим ошади ва аёл кучаниқни маълум даражагача бошқара олиши мумкин.

Кучаниқ бачадон бўйни тўла очилгандан кейингина бошланиши шарт, бундан олдинги кучаниқ сохта кучаниқ деб ҳисобланади. Агар аёл бачадон бўйни тўла очилмасдан кучанадиган бўлса, кучини бекорга сарфлайди. Бундай пайтда аёлни ёнбошига ётқизиб, оғриқсизлантирувчи дорилар бериш керак бўлади.

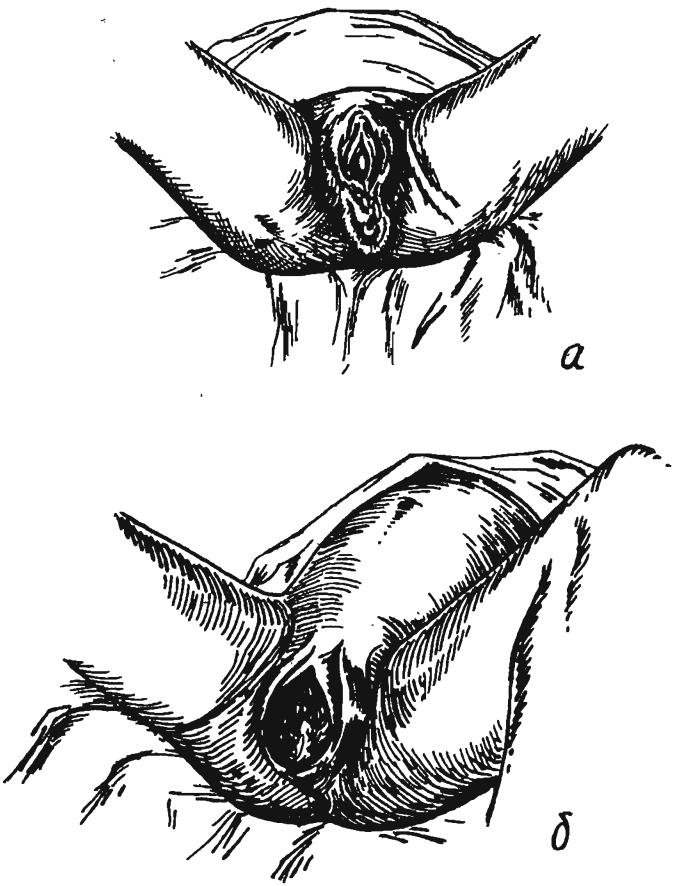
Туғруқнинг иккинчи даврида врач аёлларнинг умумий аҳволи (тана ҳароратини, пульси, қон босими)ни куча-

ниқнинг кучи ва тезлиги, давом этиши, ҳомиланинг юрак уришини ва туғруқ йўлининг ҳолатини кузатиб туради. Кучаниқ ҳар 3-5 минутда такрорланади ва бир минутча давом этиши мумкин. Кучаниқ бачадон деворининг қисқариши билан биргаликда кечиши керак.

Ҳар гал кучанганда аёл чуқур нафас олиб, нафасини тутиб турган ҳолда бошини ва танасини юқорига кўтариб, энгагини кўкрак қафасига тегизиб, қўллари билан кроват юганини тортиб, оёғи билан тиралиб кучанса, кучаниқ кучли бўлади ва ҳомила туғруқ канали бўйича сурила боради. Бу пайтда бачадон ҳам ўз шаклини ўзгартиради, бирмунча япалоқланиб, узунлашади. Мускуллар қисқариши натижасида ҳомила боши чаноқ тагига тушади, натижада тўғри ичакнинг сфинктер (қисувчи) мускули ҳам ёзилиб (ҳомила боши босганига кўра) бўшашади ва бироз очилади, жинсий ёриқ очила боради ва ҳомила бошининг пастки қисми кўринади. (19-расм) Кучаниқ тўхтагач, ҳомила боши кўринади, тўғри ичак тешиги асли ҳолига қайтади. Кучаниқ такрорланганда жинсий ёриқ табора очилиб, ҳомила бошининг сегменти борган сари кўпроқ кўрина

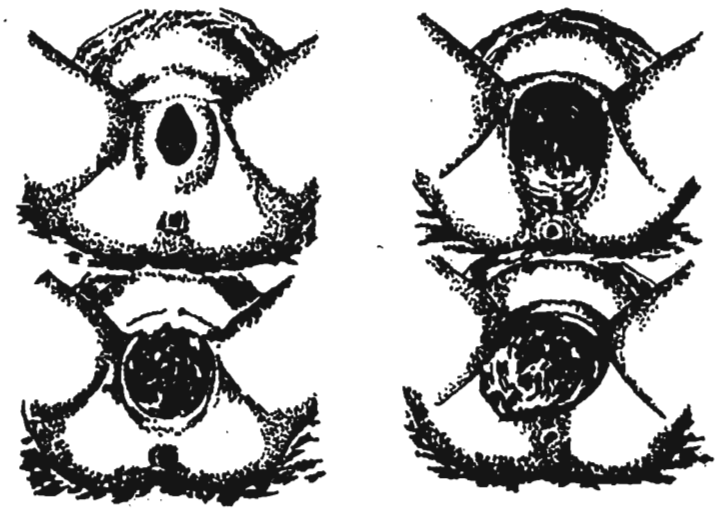


19-расм. Чақалоқнинг бош суяги. Бош айланалари (сатҳлари).



20-расм. Туғруқнинг II даври. Жинсий ёриқнинг очилиб бориши (а,б).

боради. (20-расм) Ҳомила боши пастга тушиб, катта сегментни ташқи жинсий аъзолар ўраб олмагунча, ҳар кучаниқда у яна жинсий ёриқдан ичкарига тортилади. Бу ҳомила бошининг туғила бошлаши билан ифодаланади. Кейинги кучаниқларда ҳомила боши жинсий ёриқда жойлашиб, эндиги кучаниқда ичкарига кириб кетмайди. Бу ҳолат ҳомила бошининг ёриб чиқиши деб аталиб, ҳомиланинг туғилиши билан якунланади. (21-расм) Ҳомиланинг туғилиш даврида унинг ҳолатидан хабардор бўлиб туриш зарур деб



21-расм. Ҳомила бошининг ёриб чиқиши ва туғилиш жараёни.

айтиб ўтган эдик. Ҳар бир кучаниқдан кейин ҳомиланинг юрак уришига айниқса аҳамият бермоқ керак. Кучаниқ тўхташи билан ҳомиланинг юрак уриши бироз камайиб, минутига 132-144 мартабадан ошмайди. Бу физиологик брадикардиянинг сабаби ҳозиргача аниқланмаган. Аммо кўп мутахассисларнинг айтишларича, бу ҳолатга чаноқ тагига тушган ҳомила боши вагус нервини босиши, шунингдек йўлдош томирлари ва тўқимасидан ажралиб чиққан ацетилхолин вагусга таъсир қиладиган модда серотанининг ошиши ҳам сабаб бўлиши мумкин деб фикр юритиш мумкин. Ҳайвонларда ўтказилган тажрибалар шуни кўрсатадики, серотанин олдин вагусга, кейин симпатик нерв системасига таъсир қилади. Агар кучаниқ орасида ҳомиланинг юрак уриши 110 мартадан камайиб кетса, бу патологик ҳолат ҳисобланади. Бу қон томирларни қўзғатувчи марказ фаолияти таъсирида вужудга келган гипоксия натижасида сустлашишидир.

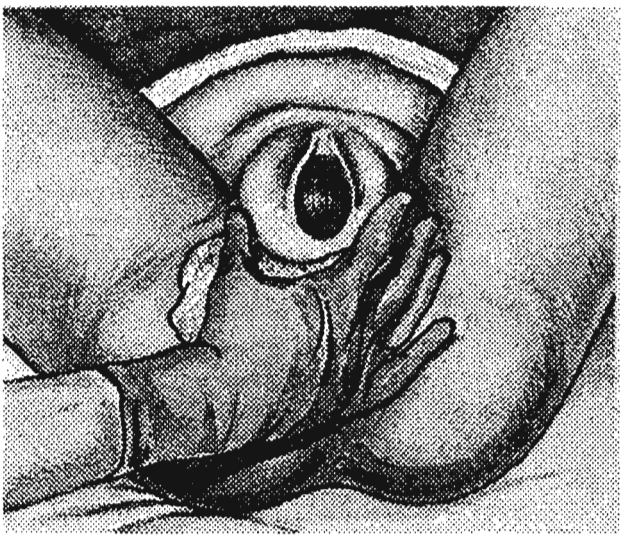
Ҳомилани юрак уриши пасайса ёки бузилса, уни тезда туғдириш чораларини кўриш лозим, акс ҳолда ҳомила нобуд бўлиши мумкин.

Туғруқни бошқаришда ҳомила бошини туғдириш ва чотни йиртилишдан сақлаш жуда муҳимдир. Бош туғи-

22-расм. Ҳомиланинг энса чуқурчаси қов суяги остига келиб тақалган.



23-расм. Чотни йиртилишидан сақлаш.



лиши жараёнида ташқи жинсий аъзо ҳамда чот чўзилади ва баъзан йиртилади, жинсий йўлларнинг жароҳатланишига йўл қўймаслик учун ҳомила бошини энг кичкина ўлчови билан туғилиши учун бошнинг етарли даражада букилиши ва энса қисми билан туғилишига ҳаракат қилиш керак.

Бунда ҳомиланинг энса чуқурчаси қов суяги остига келиб тақалгандан кейин (тақалиш нуқтаси) унинг юз

қисми аста-секин чот остидан туғила бошлайди. (22-расм). Мана шу вақтда чотни йиртилишдан сақлаш зарур. (23-расм). Ҳомила боши туғилиши жараёнида унинг елкаси чаноқ ичида айланади, натижада ҳомила боши энсаси билан вазият (позиция) томонга айланади (биринчи ҳолатда чапга, иккинчи ҳолатда ўнга айланади) бунда елка чаноқ чиқиш қисмининг тўғри ўлчовида бўлиб қолади. Елкаларни туғдириш учун акушерка ҳомила бошини қўл билан ушлаб (ҳар икки қулоқ устидан ушланади бунда мия қон томирини босмаслик керак) уни пастга ва орқага тортади, натижада қов суяги остидан олдинги елка туғилади, бунда олдинги елканинг 2/3 қисми қов суяги остидан туғилгандан кейин у симфиз бўғими остига тақалади, ҳомила боши олдинга ва юқорига кўтарилганда, орқа елка чот остидан туғилади. Ҳар икки елка туғилиб бўлгач, елканинг қўл билан бармоқларни ёйиб ушлаб олиб, чаноқ ўқи бўйича унинг танаси туғдирилади. Бунда қолган ҳомила олди суви ҳам оқиб тушади.

Киндик томирларининг уриб туриши тўхтагандан кейин чақалоқни онадан ажратиш учун киндик икки жойидан боғланади: биринчи тасма онанинг қинига яқин қисмига, иккинчи тасма киндикнинг ҳомилага бириккан жойидан 7 см юқоридан боғланади. Бунга сабаб, агар чақалоқда асфиксия белгиси бўлса ёки Rh манфий бўлса, қон қуйиш ёки дориларни киндик венаси орқали юборишга тўғри келади. Кейин тасма оралиғидан кесилади. Киндикнинг болада қолган учига йод сурилади ва устига стерилланган дока қўйилиб, киндик ҳалқасидан 2 см беридан боғланади.

Шундай қилиб, туғруқнинг иккинчи даври ҳомиланинг туғилиши билан якунланади. Шундан кейин туғруқнинг учинчи даври йўлдош даври бошланади.

Туғруқнинг учинчи даври. Йўлдош ҳомила туғилгандан 15-30 минут ўтгач туғилади. Бунча вақт ўтишига сабаб бачадон мускуллари ҳомила туғилгандан кейин ҳали чўзилган ҳолатда бўлади, кейин ўз қисқариш кучини тиклаб олади ва яна қисқара бошлайди натижада плацента бачадон девори четидан ёки ўртасидан ажрала бошлайди. Нега нормада туғруқни иккинчи ёки биринчи даврида плацента бачадон деворидан ажралмайди деган савол туғилади. Кўп

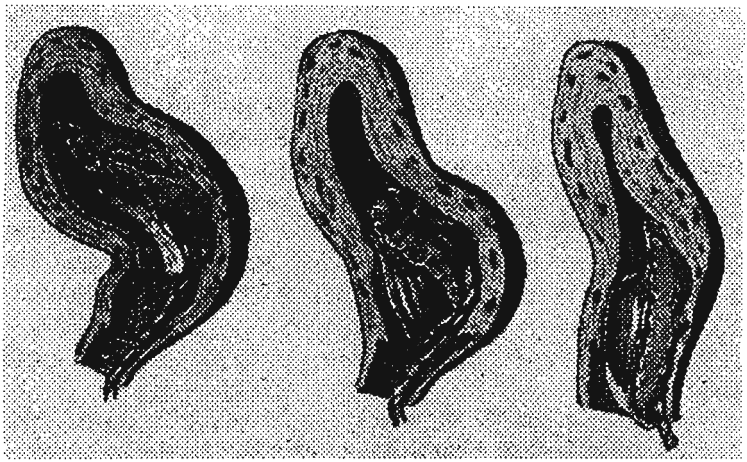
муаллифларнинг фикрига асосланган ҳолда буни шундай таърифлаш мумкин. Маълумки, плацента прогестерон гормон ишлаб чиқаришда иштирок этади. Шунга кўра унинг бачадон деворига бириккан сатҳида бачадонни бошқа деворларидагига кўра прогестерон кўп бўлади ва плацента сатҳини кам қисқаришини таъминлайди. Бундан ташқари, плацента губкага (булут) ўхшаш бўлгани учун у кўчмасдан бир оз қисқариб кичиклашади. Йўлдошнинг бачадон деворидан ажралиш жараёнида бачадон деворидаги хорион тукчалари оралиғидаги бўшлиқдан қон кела бошлайди.

Плацента бачадон деворидан икки усулда ажралиши мумкин:

Агар плацента бачадон деворидан маркази билан ажралса, ворсинкалар оралиғидаги ажралган қон плацентанинг она сатҳида ва бачадон девори оралиғида тўплана бориб, ташқарига қон ажралиб чиқмайди. Плацента ва бачадон девори оралиғига йиғилган қон ҳомила пардасига ўралган ҳолда ҳомила юзаси билан туғилади. Бу усулни Шульце усули деб аталади (24-расм).



24-расм. Бачадон деворидан плацентанинг марказий қисми билан ажралиши ва туғилиши. (Шульце бўйича).



25-расм. Плацентанинг бачадон деворидан Дункан бўйича ажралиши.

Плацентанинг бачадон девори четидан ажралишини Дункан усулида ажралиш деб юритилади (25-расм). Бунда жинсий йўлдан қон келади. Бу ҳолатни ҳақиқий қон кетишдан (бачадон атонияси, плацентани бачадон деворига нотўғри бирикканлиги, туғруқ йўлларидаги жароҳатлар) ажрата билиш керак.

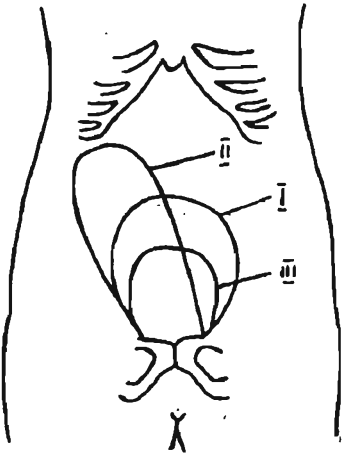
Плацентанинг бачадон деворидан ажралиш жараёнини клиник жиҳатдан аниқлашда анча қийинчилик туғилади. Аммо плацента бутунлай ажралиб бачадоннинг пастки сегментига тушганини билиш осон. Бунинг бир қатор белгилари бор.

Шредер белгиси — бачадоннинг шакли ва унинг қандай баландликда туриши аниқланади (26-расм). Ҳомила туғилиши билан бачадон шакли думалоқ бўлиб, туби киндик соҳасида туради. Плацента ажралгандан кейин бачадон яппалоқлашади ва торайиб ажралган плацента пастки сегментга тушгани учун унинг фаол қисми юқорига ва ўнгга кўтарилади.

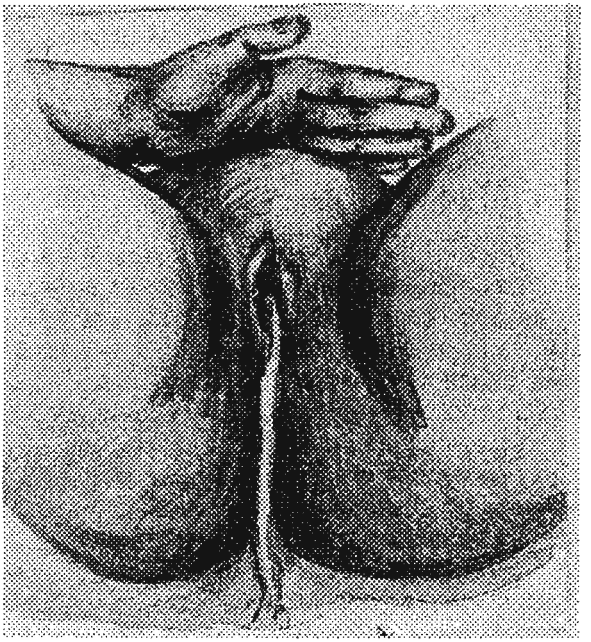
Альфельд белгиси — киндик тизимчасининг ташқаридаги қисмини узунлашишидир. Бачадон деворидан ажралган плацента бачадоннинг пастки сегментига ва ундан қинга тушади. Шу жараёнда киндан ташқаридаги киндик тизимчаси бойлағичи билан пастга сурилади.

Яна бир белгилардан — қов суяги устида дўмбоқ пайдо бўлади. Бунда ажралган плацента бачадоннинг пастки сегментига тушиб, шу йўлдош тушган сегмент юпқа бўлгани учун қов суяги устида дўппайиб қолади. Плацента қинга тушгач, бу белги йўқолади.

Чукалов — Кюстнер белгиси (27-расм). Бунда қўлнинг кафт қирраси билан қов суяги устидан босилади. Агар плацента бачадоннинг юқори қисмидан ҳали пастки сегментга тушмаган бўлса, унда киндик тизимчаси юқорига

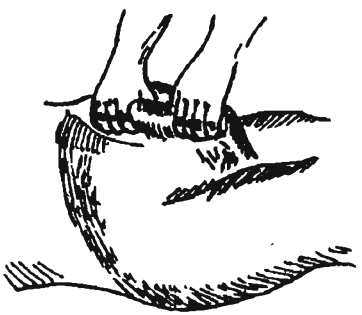


26-расм. Шредер белгиси. I. Ҳомила туғилиб бўлган; II. Плацента ажралган; III. Йўлдош туғилиб бўлган.



27-расм. Чукалов-Кюстнер белгиси.

тортилади. Агар плацента ажралиб пастки сегментга тушган бўлса киндик тизимчаси ичкари тортилмай аксинча пастга сурилади. Юқорида келтирилган усуллардан ташқари яна бир қатор усуллар мавжуддир. Лекин биз бу усулларни келтиришни ўринсиз деб билдик. Ажралган йўлдошнинг туғилиши учун қорин бўшлиғида етарли босим бўлиши керак. Йўлдош ажралиб қинга тушганига қаноат ҳосил қилганидан кейин аёл ўзи кучаниши керак. Агар бу натижа бермаса (қорин девори бўшашганлигига кўра, қорин бўшлиғида босим ошмайди) унда қорин олди деворини икки қўл билан ушлаб, (бурма қилиб) қорин бўшлиғи ҳажмини камайтириб ундаги босим оширилади. Бунда аёл бир оз кучанса йўлдошнинг туғилиши осонлашади. Бу усулни Абуладзе таклиф қилган. Шунинг учун бу усул унинг номи билан юритилади. (28-расм)



28-расм. Абуладзе усули.

Агар бачадон деворидан ажралган йўлдош мустақил равишда туғилмаётган бўлса (бачадон гипатонияси, бачадоннинг пастки сегменти кенгайиб кетган ва бошқа сабаблар) унда Гентер усулида фойдаланилади. Бу қуйидагича бажарилади.

Қовуқни сийдикдан бўшатилгандан кейин, ўнг томонга оғган бачадонни ўртага суриб, акушер қўлларини муштум қилган ҳолда ташқи сатҳи билан бачадон тубига қўйиб, аста-секин кучини ошириш билан бачадонни пастки томонга аста босади, бунда плацента аста-секин жинсий тешикдан чиқади. Бу усулни қўллаганда аёл кучаниши керак эмас.

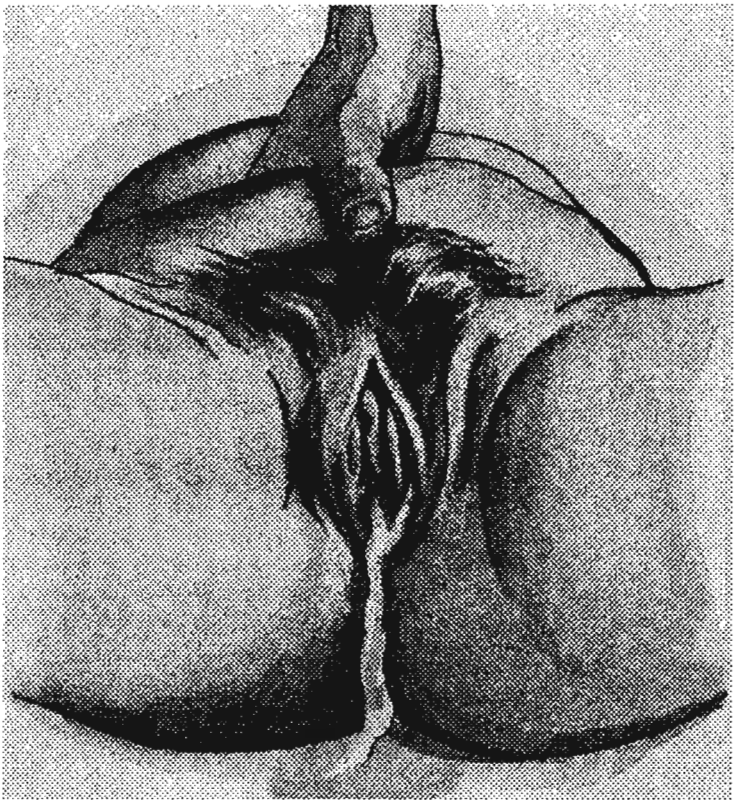
Бу усулдан ташқари плацентани туғдиришда Лазаревич — Креде усули ҳам бор (29-расм). Бу 5 омилдан иборат:

1) аввал қовуқни сийдикдан бўшатилади;

2) бачадонни ўрта чизиққа сурилади;

3) унинг тубини массаж қилинади;

4) тўрт бармоқ бачадоннинг орқа деворига, бош бармоқ олдинги деворига жойлаштирилади;



29-расм. Креде усулида қўлнинг туриш холати.

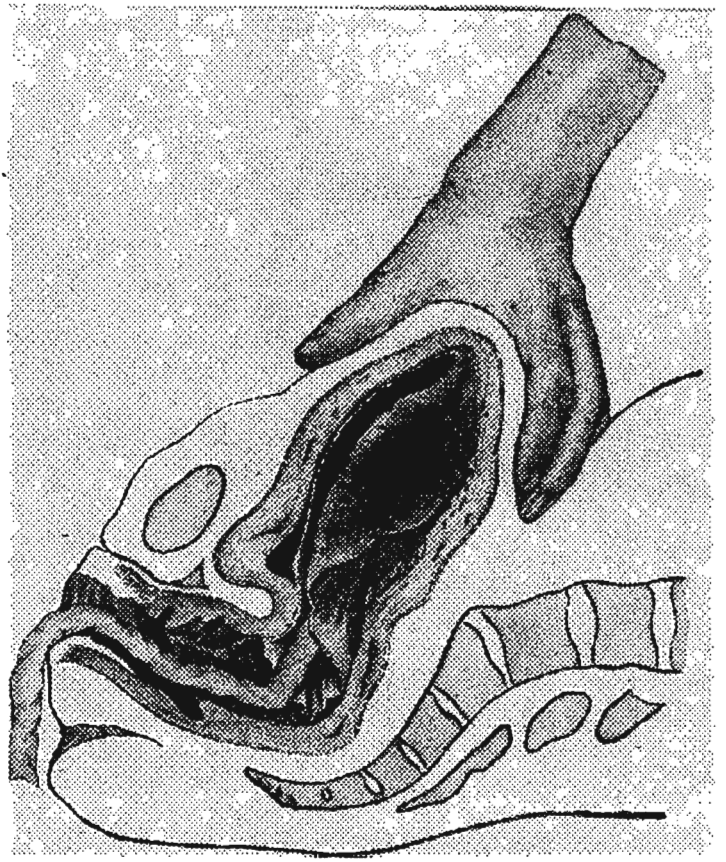
5) бачадонни сиқиш билан бирга уни пастга босилади, натижада плацента туғилади. (30-расм)

Бу усулни наркозсиз ёки енгил наркоз остида бажарилади.

Плацента қиндан туғилаётганда акушерка ҳар икки қўли билан уни ушлаб, пардалари йиртилмаслиги учун арқонга ўхшаб бир томонга соат мили каби аста айлантириб қабул қилиб олинади.

Туғилган йўлдошни текис тарелкага солиб ёки қўлнинг сатҳига жойлаштирган ҳолда унинг бутунлиги аниқланади. (31-расм)

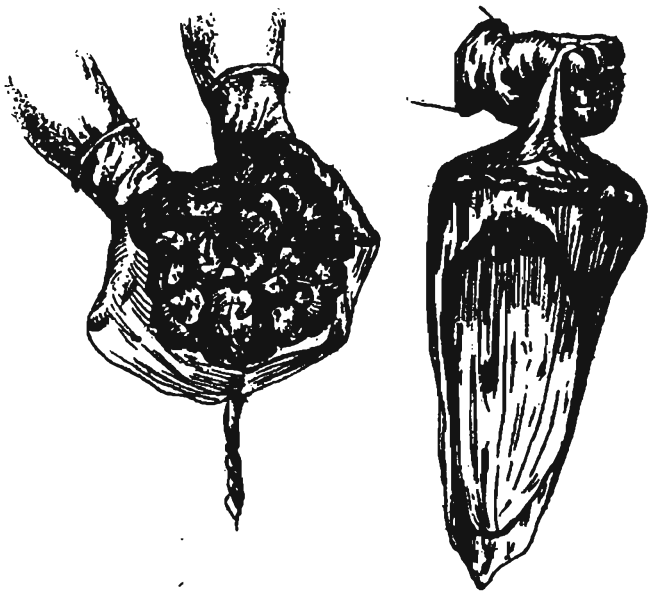
Агар йўлдошнинг бирор бўлаги (кичик бўлса ҳам ажралмай) қолган бўлса, буни аниқлаш унча қийин бўлмайди.



30-расм. Кредс усулида йўлдошни сиқиб, босиб туғдириш

Агар йўлдошнинг она сатҳи бир текисда юпқа оқ парда билан (децидуал парда) қопланган бўлса, бу унинг бутунлигидан далолат беради.

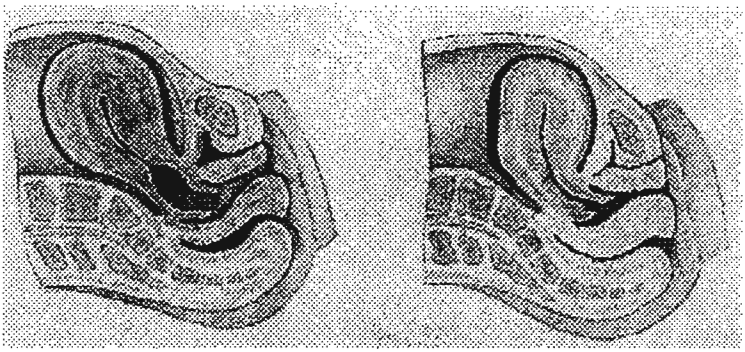
Агар бирор кичкина бўлаги ажралмай қолган бўлса, унда тўқ қизил соҳа кўзга ташланади (чунки бу сатҳда децидуал парда бўлмайди). Бундан ташқари йўлдошдаги қон томирлар йўналишини ҳам кўздан кечириш шарт, одатда унинг қон томирлари киндик тизимчаси томонга йўналган бўлади. Агар қон томирлар ҳомила пардаси томонга ҳам (бирор шохи) йўналган бўлса, бу унинг қўшимча бўлаги бор-



31-расм. Плацента ва қоғоноқ пардасининг бутунлигини аниқлаш.

лигини, у бачадон деворидан ажралмай қолганини билдиради. Бунда албатта наркоз остида қолган йўлдош бўлаклари бачадон деворидан қўл билан кўчириб олинади. Агар бачадон ичида ҳомила пардаларининг $^{2}/_{3}$ қисми қолган бўлса, бунда ҳам қўл билан чиқазиб олиш лозим.

Йўлдош туғилиб бўлгандан кейин бачадон бўйнининг бутунлиги кўздан кечирилади. Бунинг учун қин ойналари ёрдамида қинни очиб, бачадон бўйни 2 та қисқич ёрдамида текширилади. Қисқичлар билан соат мили йўналишида бачадон бўйин тешиги чети қисиб олиниб, бирма-бир унинг бутунлигини кўрилади. Агар бачадон бўйни йиртилган бўлса, уни тикиш керак бўлади. Бунинг учун бўйиннинг йиртилган четларини қисқич билан ушлаб, аввал юқорисидан йиртилмаган четига чок қўйилади. Шунда йиртиқни юқори чегараси аниқ бўлади (баъзан бачадон бўйнининг йиртиғи бачадон танасига ҳам ўтган бўлиши мумкин). Кейин йиртиқ пастигача тикилади. Буни қуйида батафсил ёзиб ўтамиз.



32-расм. Туғруқ томом бўлгандан кейин туғиш йўли, чилла давринининг иккинчи кунида туғиш йўли.

Агар бачадон бўйни аввалги туғруқда йиртилган бўлса, чандиқланган бўлса, унда четларидаги чандиқларини қирқиб олиб ташлаб, кейин тикиш мумкин. Қин деворларини ҳам кўздан кечириш керак. Унинг ёрилган йиртилган ерлари бўлса, албатта тикиш керак, акс ҳолда бу инфекция манбаи бўлиши мумкин.

Чот йиртилиши бир неча даражада бўлади, шунга қараб тикилиши шарт. Аёл туққандан кейин бачадонни қисқаргани ва қон кетмаётганига қаноат ҳосил қилгандан кейин, палатага ўтказилади. (32-расм). Чақалоқни эса танасини тозалаб, қиз бола бўлса кўзига ва жинсий аъзоларига, ўғил бола бўлса кўзига 30% альбуциддан томизилиб, кейин болалар хонасига ўткизилади.

АЁЛ ОРГАНИЗМИНИНГ ТУҒРУҚҚА ТАЙЁРЛИГИНИ АНИҚЛАШ. ТУҒРУҚ БОШЛАНИШИДАН ОЛДИНГИ БЕЛГИЛАР

1. Туғруқдан 2-3 ҳафта олдин бачадон туби ўқ ёй суякдан пастга тушади.

Ҳомиладорликнинг 36-37 ҳафталарида бачадон туби диафрагмани сиқади, 37 ҳафтадан кейин бу пасая бориб ниҳоят аёл ўзини анча енгил сезади, яъни нафас олиши анча енгиллашади.

2. Ҳомиланинг олдинга келувчи қисми чаноққа яқинлашади ва қовуқни босгани учун, аёл тез-тез сияди.

3. Аёлни киндиги бўртиб чиқади.

4. Бачадон осон қўзғалувчан бўлиб қолади. Аёл қорни пастида, бел, думғаза соҳасида оғриқ сезади. Аммо бунда ритмик ҳолат кузатилмайди. Бунда оғриқ қисқа муддат давом этиб, кучсиз бўлади. Бачадон бўйни очилмайди.

5. Киндан қуюқ, чўзилувчан шиллиқ ажралади. Бу бачадон бўйнидан ажралган шиллиқ (кристеллер пробка)дир.

Асосан аёл организмининг туғруққа тайёр ёки тайёр эмаслигини бачадон бўйнидаги ўзгаришлар, бачадоннинг окситацинга нисбатан сезгирлиги (окситоцин билан текшириш), қин суртмасининг цитолок кўриниши, махсус аппаратлар таъсирида бачадон мускулларининг қисқариш хусусиятига асосланган ҳолда аниқланади.

Туғруқ йўлининг тайёр ёки тайёр эмаслигини аниқлашда турли усуллардан фойдаланилади.

Бачадон бўйни ҳолатини ва туғруққа тайёр ёки тайр эмаслигини қуйидаги белгиларга асосланган ҳолда аниқланади.

I. Бачадон бўйни "ҳали тайёр эмас":

1) бачадон бўйни қаттиқ ёки юмшоқ, фақат бачадон бўйнининг ташқи тешик соҳаси юмшаган;

2) бачадон бўйнининг ҳолати сақланган ёки қисқарган;

3) бачадон бўйни берк ёки бармоқ учинигина киритиш мумкин;

4) бачадоннинг пастки сегменти юпқалашган ва юмшаган;

5) бачадон бўйни юмшоқ, унинг деворининг узунлиги 2 см;

6) бачадон бўйни чапга ва орқага қараган.

II. Бачадон бўйни "етилган".

1) бутунлай юмшаган;

2) бачадон бўйнининг қин қисми 2 см гача ва ундан камайиб кетган;

3) бачадон бўйни каналига бир бармоқ (канал орқали бармоқ бачадон пастки сегментига тўппа-тўғри киради).

4) кенг гумбазлари орқали олдинга келувчи қисмини аниқ пайпаслаш мумкин;

5) бачадон бўйни қин қисмининг қалинлиги 0,5 см;

6) бачадон бўйни чаноқ ўқи бўйига жойлашган.

III Бачадоннинг окситоцинга нисбатан сезгирлиги (Смитаниннинг окситоцин тести). Бу тест қуйидагича белгиланади:

1) 15-30 дақиқа давомида ҳомиладор аёл горизонтал ҳолатда ётқизилади;

2) глюкозанинг 5% ли эритмасидан 500 мл га 1 мл (5 бирлик) окситоцин (0,01 бирлик ни 1 мл глюкоза) қўшилади.

3) ҳомиладор аёл венасига 5 мл тайёрланган эритмаси бир дақиқада бир мл юборилади.

4) бачадон қисқаришини пайпаслаб ёки гистерограф ёрдамида текширилиб турилади.

5) агар текширишимиз мусбат бўлса, бунда бачадон 3 минут давомида қисқаради.

6) манфий реакция бўлса, бачадон 3 кун давомида ҳам қисқармайди.

IV. Қин суртмасининг цитологик кўриниши.

Биринчи тип — ҳомиладорликнинг сўнгги муддати:

1) суртмада қайиқсимон оралиқ ҳужайралар 3:1 нисбатида;

2) эозинофил индекс 1%, кариопикнотик индекс 3%;

3) лейкоцитлар ва шиллиқ бўлмайди;

4) туғруқ 10 кун ва бундан кўпроқ кунда бошланади.

Иккинчи тип — туғишдан анча олдин:

1) оралиқ ва қайиқсимон ҳужайралар 1:1;

2) юзадаги ҳужайралар аниқланади;

3) эозинофил индекс 2-4%, пикнотик ҳужайралари 6—8%;

4) лейкоцит ва шиллиқ йўқ;

5) туғруқ 4—8 кундан кейин бошланади.

Учинчи тип (туғиш муддати):

1) оралиқ ҳужайралар қайиқсимон ҳужайралардан кўп 3:1, юзадаги ҳужайралар 25-35%, кариопикнотик индекс — 20%, эозинофил — 8%

3) ҳужайраларнинг чегараланган ҳолати;

4) лейкоцитлар ва шиллиқ кўпаяди;

5) туғруқ 1-5 кун давомида бўлади.

Тўртинчи тип — туғруқ бўлиши аниқ:

1) юзадаги ҳужайралар, оралиқ ҳужайралар кам, қайиқсимон ҳужайралар йўқ;

2) эозинофил индекс — 20%, кариопикнотик индекс 40%;

3) лейкоцит ва шиллиқ йиғилган ҳолда, эритроцитлар ҳам кузатилади;

4) туғруқ 2-3 кун давомида бўлади.

Туғиш олдидан бачадон бўйни туғруққа тайёрланган "етилган" бўлса унинг ташқи тешиги чаноқ ўқига тўғри келиб қолган ва юмшоқ бўлса, қайта туғувчиларда эса бачадон бўйни каналига бир бармоқ билан кириш мумкин бўлади.

Туғруқни бошланишидаги объектив белгилардан:

а) туғруқ дардини бошланишида бачадон вақти-вақти билан ритмик равишда қисқаради. Дастлаб тўлғоқ ҳар 10-15 дақиқада 10-15 сония давом этиб, кейин аста-секин тезлашиб оша боради. Туғруқ дарди (тўлғоқ) 40-45 сония, 1-2 дақиқа давом этади;

б) бачадон бўйнидан ажралган шиллиқ бир оз қон билан аралашган бўлиши мумкин;

в) бачадон бўйнининг текисланиши ва очилиши;

г) қоғоноқ бачадон бўйин каналига суқилган бўлади;

д) баъзи ҳолатларда суви кетиб қолади (вақтдан илгари ёки олдин). Туғруқ дардини кечиши, ҳомиланинг олдинда келувчи қисмини туриши ва чаноқ канали бўйича суриш ҳолати қин орқали текширилади.

Бачадон бўйнининг очилиш даражасини контракцион ҳалқани (бачадоннинг фаол қисми билан пассив сегменти орасидаги ҳалқа) қов суягидан неча см юқорида турганлигига қараб аниқлаш мумкин. Биринчи туғувчиларда туғруқ дарди 12-24 соат, қайта туғувчиларда 7-8 соат давом этади.

ҚИН СУРТМАСИДАН ҲОМИЛА ОЛДИ СУВИ КЕТГАН-КЕТМАГАНЛИГИНИ АНИҚЛАШ

1. Қиннинг орқа гумбазидаги ажралмага лакмус қоғози ҳўлланади. Агар ҳомила олди суви кетмаган бўлса қиндаги реакция нордон бўлиб лакмус қизаради. Агар сув кетиб қолган бўлса, реакция ишқорли бўлиб, лакмус қоғози кўкаради.

2. Қин чиқиндисидан бир томчи олиб буюм ойначасига томизилади. Микроскоп остида кўрилганда ҳомиланинг соч ва теридаги ёғларини кўриш мумкин.

3. Ҳомила терисидан кўчиб тушган қазғоқларни аниқлаш. Бунинг учун қин чиқиндисини буюм ойнасига томизиб, ёпқич ойна билан ёпиб, кейин 1% эозиннинг сувли эритмасидан бир томчи томизилади. Эозиннинг ортиқчасини ёпғич ойнанинг қарама-қарши томонидан сўриб олинади. Микроскоп остида қаралганда пушти юзаси яхши бўялган қиннинг ядроли ҳужайралари аниқ кўринади. Ҳомиланинг тери қазғоқлари бўялмайди, улар пишлоқсимон мой билан қопланган бўлиб, тўпланиб туради.

X БОБ

ТУҒИШ МЕХАНИЗМИ (БИОМЕХАНИЗМИ) НИНГ ТУРЛАРИ

Ҳомила бошининг энсаси билан олдинги кўринишда келиши туғишнинг нормал механизми ҳисобланади. Бундан ташқари туғиш жараёнининг патологик кечишига сабаб бўладиган бир қатор механизмлар ҳам бор. Булар қуйидагилардан иборат.

1. Ҳомила бошининг орқа кўринишида энса қисми билан келиши.
2. Ҳомила бошининг пасти билан келиши.
3. Ҳомила бошининг пешонаси билан келиши.
4. Ҳомила бошининг юзи билан келиши.
5. Ҳомила бошининг ўқ ёй чоки билан кичик чаноққа кириш қисмида тўғри ўлчамда туриши.
6. Ҳомила бошининг пастда (кичик чаноқнинг чиқиш қисмида) кўндаланг ўлчамда келиши.
7. Ҳомиланинг думбаси билан келиши:

а) фақат думбаси билан келиши;
б) думбаси ва оёғи билан бирга келиши;
в) оёғи билан тўла олдин келиши;
г) оёғи билан чала олдин келиши.

НОРМАЛ ТУҒИШ БИОМЕХАНИЗМИ

Туғруқнинг биринчи даврида ҳомила бошининг букилиб келиши обкаш қонуни бўйича белгиланади. Бачадон туби мускуллари қисқариши натижасида вужудга келган

босим ҳомиланинг орқа умуртқаси бўйлаб бошни кичик чаноқ томон йўналтиради. Орқа умуртқа бошнинг ўртасида жойлашмаганлиги сабабли обкашнинг бандлари ҳар хил узунликда бўлади. Обкаш елкасининг қисқа томони энса, узун томони пешона ва юз қисми бўлиб қолади. Бачадон мускуллари қисқариб, орқа умуртқани босганда обкашнинг узун елкаси юқорига кўтарилади. Ҳомила боши букилади, қисқа елкаси пастга тортгани учун бошнинг энса қисми пастга тушади.

Ҳомила бошининг эгилиши сабабларини баъзи муаллифлар бошқача тушунтирадилар. Ҳомила боши букилиши натижасида бош думалоқ бўлиб чаноқ ичининг думалоқ шаклига мослашади. Бошнинг букилиши аввал (эллипссимон) думалоқ шаклга ўтишга имкон беради. Ҳомила бошининг ўлчами қанча катта, чаноқ ўлчами қанча кичик бўлса, ҳомила боши шунча кўп букилади (масалан, ҳамма ўлчамлари баробар тор бўлган чаноқда). Туғруқнинг иккинчи давр механизми ҳомила бошининг кички чаноқ ичида айланиши билан ифодаланади. "Мосланиш" назарияси назариялардан энг оддийсидир.

Ҳомила боши кичик чаноқ ичида чаноқ ўлчамларига мувофиқ равишда мослашади (чаноққа кириш қисмида кўндаланг, ичида қийшиқ, чиқишида тўғри ўлчамга мослашади).

Ҳомиланинг каттароқ қисмининг туғилиши қийинроқ бўлади. Бу қисм ҳомила бошидир, у туғиш йўлидан маълум омиллар воситасида сурилади. Бу ҳолат туғиш биомеханизми деб юритилади.

Агар ҳомиладорлик нормал кечаётган, ҳомила яхши ривожланаётган бўлса, туғиш олдидан қўл-оёқлари ҳам нормал жойлашади. Ҳомила тик ҳолатда, боши билан чаноқнинг кириш соҳасида энса қисми билан жойлашади.

Биринчи марта ҳомиладор бўлган аёлларда ҳомиланинг боши туғишдан 2-3 ҳафта олдин чаноқнинг кириш қисмига суқилган бўлади. Илгари туққан аёлларда эса ҳомила боши фақат туғиш жараёнида (туғишнинг биринчи даврида) кичик чаноқнинг кириш қисмига суқила бошлайди, шуни айтиб ўтиш керакки, ҳомила боши чаноққа кириш қисмида қайта туғувчиларда биринчи мартаба туғаётган аёлларга нисбатан олдинга камроқ эгилади.

Ҳар иккала ҳолатларда ҳам ҳомила бошининг овал шакли кичик чаноқнинг кириш қисмининг шаклига мослашган бўлади.

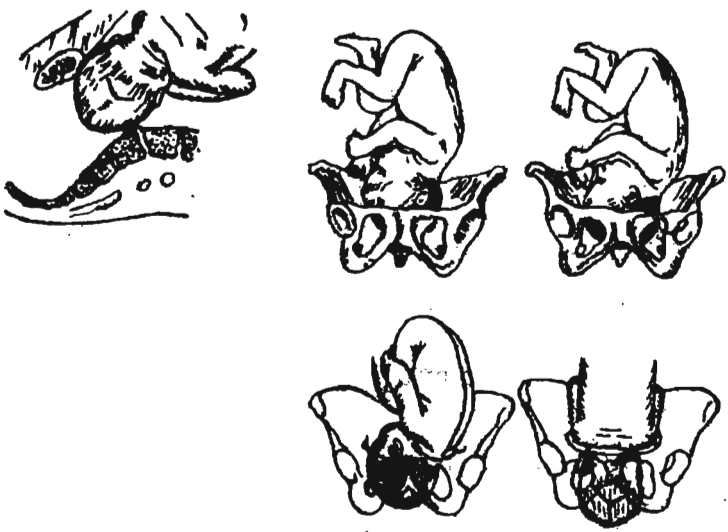
Кичик чаноқнинг кириш ўлчами: тўғри ўлчами — 11 см, қийшиқ ўлчами — 12 см, кўндаланг ўлчами — 13 см бўлади деб айтиб ўтган эдик.

ҲОМИЛА БОШИНИНГ ЭНСАСИ БИЛАН КИЧИК ЧАНОҚ КИРИШИГА ОЛДИН КЕЛГАНДА ТУҒИШ МЕХАНИЗМИ

Ҳомила боши энсаси билан келганда унинг ўқ-ёйсимон чоки кичик чаноққа кириш қисмида бўлади.

Ҳомила боши туғруқ йўллари бўйича сурила борар экан, туғиш механизми 4 босқичга бўлинади. (33-расм).

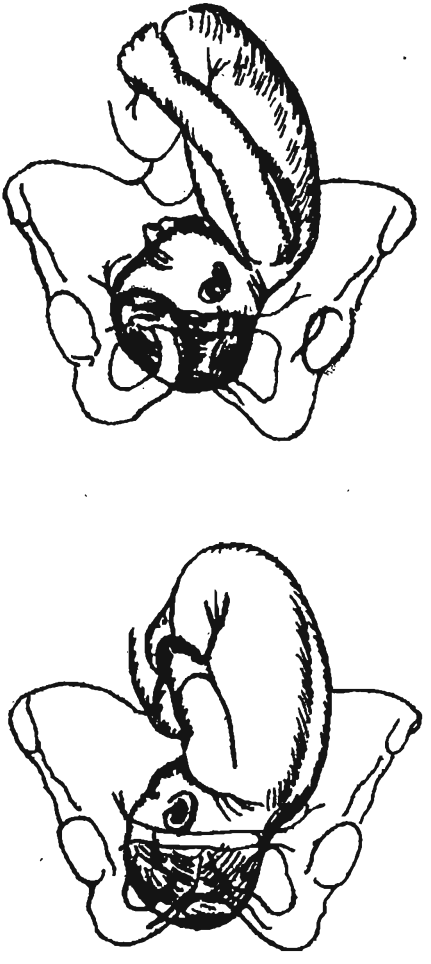
Биринчи босқич. Ҳомила боши ўзининг кўндаланг ўқида айланади. Бу ҳолатда у обкаш қонунига (юқорида айтиб ўтилган) асосланган ҳолда эгилади. Бунда ҳомила боши энгаги кўкрак қафасига яқинлашади, натижада бошнинг кичик лиқилдоғи пастга — чаноқ ўқи йўналишига жойлашади. Шунинг учун бунга "йўналтирувчи нуқта"



33-расм. Ҳомила бошининг энсаси олдин келганда туғруқ биомеханизми (нормал биомеханизми).

деб ном берилган. Ҳомила бошининг букилиб жойлашиши унинг туғруқ йўлидан осон ўтишига имконият туғдиради. Ҳомила боши нормал ҳолда ўзининг энг кичкина ўлчами билан чаноқнинг катта ўлчамига жойлашади. Дарҳақиқат бошнинг тўғри ўлчами (Circumfferentia fronto occipitalis) ўрнига (бунинг айланаси 34 см) ҳомила боши букилиб келгани учун кичик қийшиқ ўлчами (Circumferntia subocipitobregmatica) (айланаси 32 см) билан кичик чаноқнинг кириш қисмига жойлашади.

Иккинчи босқич. Ҳомила боши кичик чаноқ ичида айланади. (flexio capitis). Бунда ҳомила боши чаноқ ичига тушиши билан бирга ўзининг тик ўқи атрофида айланади (34-расм). Бунда ҳомила боши ўқ-ёйсимон чоки кўндаланг ўлчамда бўлса, энди чаноқ ичининг қийшиқ ўлчамида бўлиб қолади, агар чаноққа кириш қисмида қийшиқ ўлчамда бўлса, чаноқ ичида қийшиқ ўлчамдан тўғри ўлчамга яқинлаша боради, ниҳоят чаноқ тубида унинг чиқиш қисмининг тўғри ўлчамига тўғри келади. Бунда ўқ-ёйсимон чок биринчи ҳолатда (позиция) соат милига қарши, иккинчи ҳолатда эса соат мили бўйича айланади. Ҳомила боши



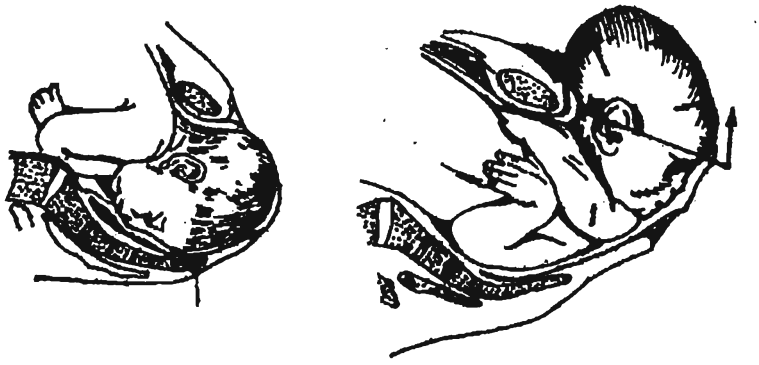
34-расм. Ҳомила бошининг вертикал ўқ теварагида бурилиши.

чаноқ тагига тушганда унинг кичик лиқилдоғи олдинда, қов суяги остида жойлашган, катта лиқилдоқ эса орқада, думғаза чуқурчасига қараган бўлади. Биринчи ҳолатнинг олдинги кўринишида ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки чаноқ ичида ўнг қийшиқ ўлчамда бўлади, иккинчи ҳолатнинг (позиция) олдинги кўринишида чап ўнг қийшиқ ўлчамда бўлади. Биринчи ҳолат орқа кўринишда бўлса ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки чаноқнинг чап қийшиқ ўлчамида бўлиб, кўп ҳолатларда ундан кўндаланг ўлчамга, кейин ўнг қийшиқ ўлчамга ўтади. Иккинчи ҳолат (позиция) орқа кўринишда бўлса, ҳомила бошининг айланиши бунинг тескариси бўлади, яъни ўнг қийшиқдан кўндаланг ўлчамга ва кейин чап қийшиқ ўлчамга ўтади. Ҳомила бошининг чаноқ ичида айланиши, агар ҳомила олдинги кўринишда бўлса 45° га, орқа кўринишда бўлса 135° га айланади.

Учинчи босқич. Ҳомила бошининг чаноқ ичида айланиши тугагач, букилган бошнинг ўқ-ёйсимон чоки чаноқнинг чиқиш қисмини тўғри ўлчамда энса қисми билан қов суяги томонга айланади. Ҳомила бошининг қов суяги остидан биринчи бўлиб кўринишига чаноқ суягининг олдинги девори, қов суягининг эса орқа девори думғаза суягига нисбатан калталиги сабаб бўлади (олдинги деворининг узунлиги 4—4,5 см, орқа деворники 13-14 см).

Бошнинг энса қисми туғилгандан кейин унинг энса чуқурчаси қов суягига тақалади (тақалаш нуқтаси) ва кейин ҳомила боши шу тақалиш нуқтасида айланади. Шунинг учун уни айланиш нуқтаси — гипомохлион (hypomochlion) ёки тақалиш нуқтаси punctum fixum деб аталади. Ҳомила боши шу тақалиш нуқтасида айланиб, очилиш даражаси 120-130° бўлади, чот остидан ҳомиланинг пешонаси, юзи ва энгак қисми туғилади (35-расм). Ҳомила бошининг бундай очилишида жинсий ҳалқа таранглашиб кенгаяди чот устидаги катта лиқилдоқ кўринади, ниҳоят ҳомиланинг боши туғилади.

Тўртинчи босқич. Ҳомила боши ташқарида елкалари ичкарида айланади. Ҳомила бошининг ташқарида айланиши елка қисмининг ичкарида айланишига боғлиқдир.



35-расм. Туғруқ биомеханизмининг учинчи босқичи.

Ҳомила боши туғруқ йўли бўйича сурилганда елка қисми чаноққа кириш қисмида кўндаланг ўлчамда, чаноқ ичида эса қийшиқ ўлчамда туради. Биринчи ҳолатда чап қийшиқ ўлчамга, иккинчи ҳолатда (позиция) ўнг қийшиқ ўлчамга тўғри келади.

Чаноқ тубида ҳомила елкаси ичкарида айланиб, чиқиш қисмининг тўғри ўлчамида бўлиб қолади. Олдинги елка қов ости соҳасида, орқадаги елка дум суяги соҳасида бўлади.

Елканинг айланиши бошнинг ташқарида айланишига имкон беради. Ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки чаноқнинг чиқиш қисмини тўғри ўлчамда турганда елканинг кўндаланг ўлчами чаноқнинг тўғри ўлчамида жойланиш жараёнида ҳомила боши ташқарида айланганда юзи билан ўз ҳолатининг қарама-қарши томонига айланади (биринчи ҳолатда ҳомила боши юзи билан онанинг ўнг сони томонига, иккинчи ҳолатда чап сони томонига айланади). Ҳомиланинг олдинги елкасининг $^2/_3$ қисми туғилиб, қов тагига тақалгандан кейин чот тагидан орқадаги елка туғилади. Ниҳоят, ҳомиланинг танаси туғилади. Ҳомила танасининг туғилиши деярли осон бўлади.

Туғиш давринг ҳар бири турли муддатда давом этади. Нормал шароитда биринчи босқич қисқароқ бўлади (ҳомила боши қисқа вақтда эгилади). Иккинчи босқич узоқроқ давом этади.

ҲОМИЛА ОРҚА КЎРИНИШДА БОШИНИНГ КИЧИК ЧАНОҚ КИРИШИГА ЭНСА ҚИСМИ БИЛАН КЕЛИШИ

Кўпинча ҳомила боши кичик чаноқ ичида энса соҳаси билан 135° бурилиб, олдинги кўринишга ўтади. Аммо баъзи ҳолларда 45° га айланиб, энса соҳаси билан думғаза томонга қараб сурилади (36-расм) (5-жадвал).



36-расм. Орқа тури, иккинчи позиция. Бош 45° га бурилган. Орқа турда бошнинг чиқиши.

5-жадвал

Туғруқда ҳомила бошининг энса қисми билан олдинги ва орқа кўринишда келганда ташқаридан ва қин орқали текшириш (М.С.Малиновский бўйича).

Ҳомила ва унинг қисмлари	I кўринишда	II кўринишда
	Ташқаридан текширганда	
Ҳомила боши.	Симфиздан юқорида	Симфиздан юқорида
Чаноқ қисми	Бачадон тубида	Бачадон тубида
Майда қисмлари	Ўнгда чаноқ қисми яқинида.	Чапда чаноқ қисми яқинида

Давоми

Ҳомила ва унинг қисмлари	I кўринишда	II кўринишда
Орқаси	Чапда, олдинда	Ўнгда, олдинда
Юрак уриши	Чапда киндикдан пастда	Ўнгда киндикдан пастда
	Қин орқали текширишда	
Олдинда келувчи нуқта	Кичик лиқилдоқ	Кичик лиқилдоқ
Кичик лиқилдоқ	Чапда	Ўнгда
Катта лиқилдоқ	Ўнгда	Чапда
Ўқ-ёйсимон чок	Синклитик ҳолатда жойлашганда чаноқнинг кўндаланг ўлчамида. Баъзан Негел бўйича жойлашади.	Чаноқнинг кўндаланг ўлчамида
Чакка суягининг жойлашиши	Ўнгда	Чапда
Чаноқ ичида ҳомила бошининг жойлашиши	Ўқ-ёйсимон чок чаноқнинг ўнг қийшиқ ўлчамида (қийшиқ жойлашган).	Чаноқнинг чап қийшиқ ўлчамида
Елкалари	Чаноқнинг чап қийшиқ ўлчамида	Чаноқнинг ўнг қийшиқ ўлчамида
Ҳомила бошининг ташқарида айланиши	Юзи билан онасининг ўнг сон томонига айланади.	Юзи билан онасининг чап сон томонига айланади
Туғруқ шиши	Ўнг чакка суягида кичик лиқилдоққа яқин	Чап чакка суягида кичик лиқилдоққа яқин

6-жадвал

Туғруқ жараёнида ҳомилани энсаси билан орқа кўринишда жойлашганда ташқаридаги ва ичкаридаги ҳолати (С.М.Малиновский бўйича).

Ҳомила ва унинг қисмлари	Биринчи кўринишда	Иккинчи кўринишда
	Ташқаридан текшириш	
Ҳомила боши	Симфиздан юқорида	Симфиздан юқорида
Чаноқ қисми	Бачадон тубида	Бачадон тубида
Орқаси	Чапда орқада	Ўнгда орқада
Майда қисмлари	Онани қорин девори томонидан пайпасланади.	Онанинг қорни девори томонидан пайпасланади.

Давоми

Ҳомила ва унинг қисмлари	Биринчи кўринишда	Иккинчи кўринишда
Юрак уриши	Чапда киндикдан пастда (бўғиқ)	Ўнгда киндикдан пастда (бўғиқ).
	Қин орқали текшириш	
Ҳомила бошининг кичик чаноқ киришига муносабати	Чаноқнинг кўндаланг ўлчамида бу циклитик ҳолат бўлиб, камдан-кам ҳолатларда асинклитик жойлашади (негел ҳолати).	Чаноқнинг кўндаланг ўлчамида бу циклитик ҳолат бўлиб, камдан-кам ҳолатларда асинклитик жойлашади (негел ҳолати)
Кичик лиқилдоқ	Чапда, кейинроқ орқада	Ўнгда, кейинроқ орқада
Чаноқ ичида ўқ-ёй чокни ҳолати	Чапда (II) қийшиқ ўлчамда	Ўнгда (I) қийшиқ ўлчамда
Чакка суягининг жойлашиши	Ўнг	Чап
Елкалари	Чаноқнинг ўнг қийшиқ ўлчамида сурилади	Чаноқнинг чап қийшиқ ўлчамида сурилади
Ташқарида айланиши	Онанинг ўнг сонига	Онанинг чап сонига
Туғруқ шиши	Ўнг чакка суяги соҳасида, катта лиқилдоққа яқин	Чап чакка суяги соҳасида, катта лиқилдоққа яқин.

Чаноқ шакли, унинг ўлчамлари ва юмшоқ тўқиманинг қайишқоқлиги ҳам катта аҳамиятга эга.

Туғруқ жараёни бошланиши билан ҳомила боши кичик чаноқнинг кириш қисмида кучли букилади ва бунда кичик лиқилдоқ йўналтирувчи нуқта бўлади. Қов бўғими остига катта лиқилдоқ келиб тақалгач, катта ва кичик лиқилдоқлар оралиғи йўналтирувчи нуқта бўлиб қолади. Чаноқ тубида ҳомила боши юқори даражада букилиши натижасида катта лиқилдоқ қов суяги бўғимига тақалади (биринчи тақалиш нуқтаси), бу вақтда чот остидан бошнинг энса қисми, энса чуқурчасигача туғилиб, бу чуқурча дум суягига тақалади (иккинчи тақалиш нуқтаси). Дум суяги билан думғаза суягининг бирлаштирувчи бўғим қўзғалувчан бўлгани учун у орқага қийшаяди ва бунда чаноқнинг чиқиш қисмини тўғри ўлчамига 1,5-2 см қўшилади, бу ўлчам катталашади, пешона ва юз, энгак қисмлари туғилади. Шундай қилиб, туғиш механизмининг ушбу жараёнидаги асосий хусусиятлар қуйидагилардир:

— ҳомила боши нотўғри айланганда кичик лиқилдоқ орқада бўлади;

— биринчи тақалиш нуқтаси катта лиқилдоқда;

— энса чуқурчаси иккинчи тақалиш нуқтаси бўлганда ҳомила боши очилади.

Ҳомила боши туғилишида айланаси унинг ўрта қийшиғига (diameter suboccipito-frontalis) тўғри келади. Бу ўлчам 33 см га тенгдир.

Ҳомиланинг боши орқа кўринишда энса қисми билан келса, ҳомила туғруқ жараёнида жароҳатланиши мумкин. Ҳомила боши узунчоқ шаклда бўлади. Катта лиқилдоқ соҳасида босилган жойни кўриш мумкин. Туғруқ шиши кичик лиқилдоқ соҳасида ҳам бўлади. Ташхисни фақат туғиш жараёнида аниқлаш мумкин. Туғруқ жараёни анча узоқроқ чўзилади. Бундай ҳолатда чотнинг йиртилиш ҳоллари кўпроқ учраб туради (6-жадвал).

ҲОМИЛА БОШИНИНГ НОТЎҒРИ (ОРҚАГА ҚАЙРИЛИБ) КЕЛИШИ

Ҳомила бошининг орқага эгилиб (қайрилиб) келиши туғруқда оғир ҳолатларни юз беришига сабаб бўлади.

Ҳомила боши кичик чаноқдан ўтаётганда орқага қайрилиб, энгаги кўкракдан узоқлашади, энса суягининг олдинги йўналиши секинлашади, у етакчи нуқта бўла олмайди. Ҳомила ўзининг овал шаклини йўқотиб майда қисмларининг ўзаро жойлашиши ҳам ўзгаради (37-расм).

Ҳомила боши орқага қайрилиб олдин келиши уч хил бўлади: (38-расм).

1) бошнинг тепаси билан олдин келиши;

2) пешона билан олдин келиши;

3) юзи билан олдин келиши.



37-расм. Ҳомила бошининг энсаси билан келганда туғруқ жараёнида шаклининг ўзгариши (долихоцефалик).



38-расм. Бошнинг орқага қайрилиб келиши.
а-бош тепаси билан олдин келиши; б-пешона билан; в-юз билан олдин келиши.

ҲОМИЛА БОШИНИНГ ТЕПАСИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛИШИ

Ҳомила боши тепаси билан олдин келганда бироз очилган (орқага эгилган) ҳолатда бўлади. Баъзан бу ҳолат вақтинча бўлиб, туғиш жараёнида букилган ҳолатда туғилиши ёки туғиш жараёнининг охиригача бош тепаси билан туғилиши мумкин.

Бошнинг тепаси билан туғилиши кўпроқ ясси чаноқлиларда учрайди. И.Ф.Жорданиа бачадоннинг пастки сегментини етарли ривожланмаганлиги ҳомиланинг кичикина бўлиши, кенг чаноқ, чаноқ аномалияси ва чаноқ туби мускулларининг етарли тараққий қилмаганлиги, ҳомила бошининг энса қисми катта, бўйнини биринчи умуртқасининг нотўғри ривожланганлиги бошнинг тепаси билан келишига сабаб бўлиши мумкин деб ҳисоблайди.

Бундан ташқари, қорин деворининг осилган бўлиши, ҳомилани бачадонда қийшиқ жойлашиши, қоғоноқ сувининг олдин кетиб қолиши, сувнинг кўплиги, киндик тизимчаси ҳомила бўйнига ўралиб келиши ҳам бошни тепаси билан олдин келишига қулай шароит яратади. (39-расм)

Туғруқнинг ўтиши. Бош тепаси билан келганда кўп ҳолатларда ҳомила орқа кўринишда энса ва орқаси билан думғазага қараган ҳолда туғилади.

Камдан-кам ҳолларда олдинги кўринишда энса ва орқаси билан олдинга қараган ҳолда туғилади. Ҳомила боши

чаноққа ўқ-ёйсимон чоки ва қисман пешона чоки билан кўндаланг, баъзан қийшиқ ўлчамга тўғри келади.

Чаноқнинг кириш қисмида катта лиқилдоқ кичик лиқилдоқдан бирмунча пастда ёки бир чизиқда жойлашган бўлади. Чаноқ ичида бош тепаси олдинги қисми билан қов суяги томон айланади, бунда ўқ-ёйсимон чок биринчи ҳолатда чаноқнинг чап қийшиқ ўлчамига, агар иккинчи ҳолатда бўлса, ўнг қийшиқ ўлчамига тўғри келади. Ҳомила бошининг чаноқ тубига тушиб туғилиши жараёнида бурун суяги симфиз остига globella тақалади, бу биринчи тақалиш нуқтасидир. Бу нуқта атрофида ҳомила боши олдинга эгилади, чот остидан чакка ва бошнинг энса қисми чиқиб, энса дўмбоғига, дум суягига тақалади, бу иккинчи тақалиш нуқтаси дейилади. Шу тақалиш нуқтасида ҳомила боши орқага эгила бошлайди, бунда қов суяги тагидан юз ва энгак туғилади (40-расм).



39-расм. Бош тепаси билан олдин келиши.

Олдин келувчи — катта лиқилдоқ йўналтирувчи нуқтадир. Ҳомила боши жинсий ёриқдан тўғри ўлчам айланаси билан ўтади (diametr fronto-occipitalis) унинг ўлчами 12 см, айланаси 34 см бўлиб, кичик қийшиқ ўлчамдан (32 см) 2 см каттадир. Бош тепаси билан келганда туғиш механизми қуйидаги хусусиятларга эга бўлади:

1) боши бир оз орқага эгилади;

2) бош энсаси билан орқага айланади;

3) биринчи тақалиш нуқтаси атрофида бошнинг олдинга эгилиши;

4) иккинчи тақалиш нуқтаси атрофида бошнинг орқага эгилиши;



а *б*

40-расм. Бош тепа билан олдин келганда унинг туғилиши

а. Бошнинг биринчи тақалиш нуқтаси атрофида олдинга эгилиши; б. -бошнинг иккинчи тақалиш нуқтаси атрофида орқага букилиши.

5) олдинда келувчи — йўналтирувчи нуқта катта лиқилдоқдир.

Ҳомила боши конфигурацияси — бош шакли ўзгаради, яъни юқорига чўзилиб, пешона энса ўлчамида босилган бўлади. Ҳомиланинг бош суяги гўё минорага ўхшайди. Пешона ва энса суяги бошнинг тепа суяги тагига суқилиб кирган, бошдаги шиш катта лиқилдоқ соҳасида жойлашган бўлади. Ҳомила бошининг тепаси билан келганлигини фақат ташқи текшириш йўли билан аниқлаб бўлмайди. Бундай ҳолларда ички текшириш (қин орқали) усулидан фойдаланилади. Қин орқали текширилганда катта ва кичик лиқилдоқ бир текис ёки биринчиси иккинчисидан пастда турганлиги аниқланса, бунда ҳомила боши тепаси билан олдин келган деб ҳисоблаш мумкин.

ТУҒРУҚНИ БОШҚАРИШ

Бош тепаси билан олдин келганда туғруқни консерватив усулда олиб борилади. Ҳомила боши чаноқ бўшлиғида турганда аёлни ҳомиланинг энсаси қараган томонга ётқизилади. Агар табиий йўл билан туғдириш учун шароит бўлмаса унда кўрсатгичларга қараб операция усулларидан фойдаланилади.

ҲОМИЛА БОШИНИНГ ПЕШОНАСИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛИШИ

Туғруқ пайтида ҳомила бошининг орқага кўпроқ қайрилиши (эгилиши) натижасида пешона олдин келади. Бу

ҳолат вақтинча бўлиб, ҳомиланинг бош суяги сурилишида бош тепаси билан бўлиб қолиши натижасида пешонаси билан ёки юзи билан — (боши орқага кўп қайрилган бўлса) олдин келиши мумкин. Агар бундай ўзгаришлар бўлмаса, бош пешонаси билан чаноқнинг кириш қисмига тақалади, натижада пешона олдин келади.



41-расм. Пешона билан олдин келиши.

Бошнинг пешона билан келиши жуда кам учрайди ва бу 2-3 минг туғадиган аёлнинг битасига тўғри келади. Бу ҳолатни қин орқали текшириб аниқланади. Қин орқали текширилганда пешонанинг икки томонидаги қош усти ёйлари, ҳамда катта лиқилдоқнинг олдинги бурчаги аниқланади (41-расм).

Биринчи босқич. Ҳомила боши орқага қайрилиб, пешона чоки чаноқнинг кириш қисмини кўндаланг ўлчамида туриб қолади. Бундай ҳолатда ҳомила боши чаноқнинг кенг қисмида узоқ туриб қолади, бошнинг шакли ўзгариб (конфигурация) пешона билан пастга чўзилиб, чаноқнинг тор қисмига тушади.

Бунда ҳомила пешонаси билан чаноқ канали бўйича сурилганда туғруқ ғурраси пайдо бўлиб, ҳомила бошининг шакли жуда ўзгаради, ғурра пешона соҳасида бўлади.

Иккинчи босқич — бош чаноқнинг тор қисмига келгач, бурилади ва пешона чоки билан чаноқнинг чиқиш қисмини тўғри ўлчамида бўлади. Бунда юқори жағ қов (симфиз) бўғимининг пастки четига тақалиб, бош энса



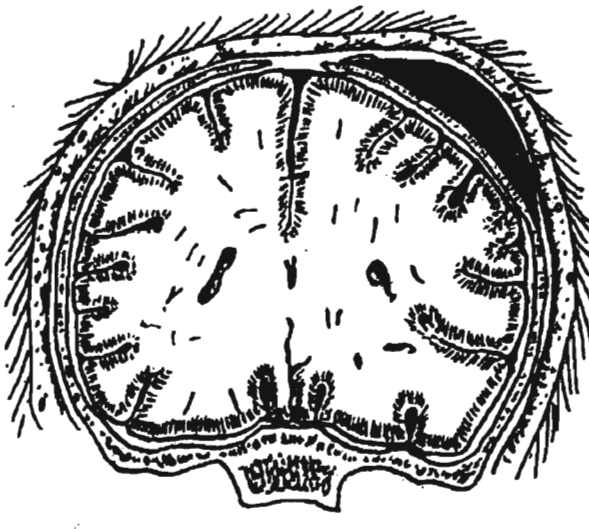
42-расм. Пешона билан олдин келганда бошнинг туғилиши.

билан орқага, кўз билан симфизга қараган бўлади. Агар ҳомила боши энсаси билан олдинга бурилса (бундай ҳол жуда кам учрайди) унда қулай шароит бўлмагунча бош сурилишдан тўхтайди.

Учинчи босқич — ҳомила боши туғруқ йўлидан ташқарига чиқаётганда туғруқ дарди кучли ва чаноқ мос бўлса, аввал пешона, кўз ва бурун қов остидан чиқиб, юқори жағ симфизининг пастки четига тақалади (бу биринчи тақалиш нуқтаси((42-расм). Бунда ҳомила боши узоқ вақт шу ҳолатда туриб қолади, чунки катта жағ суяги ҳомила бошини олдинга букилишига йўл қўймайди. Агар ҳомила боши олдинга букила олса унда энса бут остидан туғилади ва у думғаза ва дум оралиғи бўғимига тақалади. Кейин орқага эгилади. Қов остидан оғиз, энгак чиқади.

Тўртинчи босқич. Бунда ҳомиланинг елкалари ичкарида, бош эса одатдагидек ташқарида бурилади ва ҳомила туғилади.

Туғруқнинг ўтиши. Чаноқ ҳам, туғруқ дарди ҳам нормал бўлишига қарамай етилган ҳомила пешонаси билан олдин келганда унинг боши чаноқдан ўта олмаслиги мумкин. Агар пешона билан келишда кейинчалик бош тепаси ва юз билан келиш ҳолатига айланса ёки ҳомила унчалик катта бўлмай, туғиш дарди кучли бўлса, ҳомила боши туғруқ йўлларидан ўтиши мумкин, лекин бунда туғруқ оғир кечади. Туғиш жараёни узоққа чўзилади, ҳомила боши сурилмай қолади ва дард тутишнинг иккинчи сустлиги вужудга келади. Ҳомила бошининг узоқ вақт сиқилиб қолиши натижасида қовуқ ҳамда сийдик йўлининг тўғри ичак деворининг юмшоқ тўқимаси (бош тиралган жойда) некрози (тўқиманинг ўлиши) кузатилади. Эрта чилла даврида (4-5 кунларида) бу некрозланган тўқима



43-расм. Боланинг бош миясига қон қуйилиши.

ажралиб тушади, натижада тешик — (оқма) ҳосил бўлади ва шу тешик орқали сийдик ва ахлат мунтазам оқиб туради.

Бачадон бўйни ва унинг пастки сегменти ҳамда чот йиртилиши мумкин. Ҳомилада эса асфиксия кузатилиб, унинг аҳволи оғирлашади. Бош миясига қон қуйилиши мумкин (43-расм). Натижада ҳомила ўлади ёки туғилгандан кейин ҳалок бўлади. Шуларни назарда тутган ҳолда ҳомила пешонаси билан келганда она ва ҳомила учун ҳам кесарча кесиш операциясини қилиш ўринлидир.

Туғруқни бошқариш. Юқорида айтиб ўтилган оғир ҳолатлар онада ҳам, ҳомилада ҳам бўлиши мумкинлигини назарда тутиб, туғруқни фақат врач бошқариши керак. Ҳомила пешонаси билан келганда унинг оғзига бармоқни суқиб бошни тепага ёки юзига (Г.А.Соловьев усули) ёхуд энсасига (С.С.Холмогоров усули) айлантириш одатда яхши натижа бермайди (ҳомила боши тезда ўзининг асл ҳолатига қайтади).

Ҳомила боши чаноқнинг кириш қисмига суқилиб киришдан олдин, ҳомила қимирлаётган бўлса шунингдек бачадон бўйни очилган, қоғоноқ пардаси ёрилмаган ёки эн-

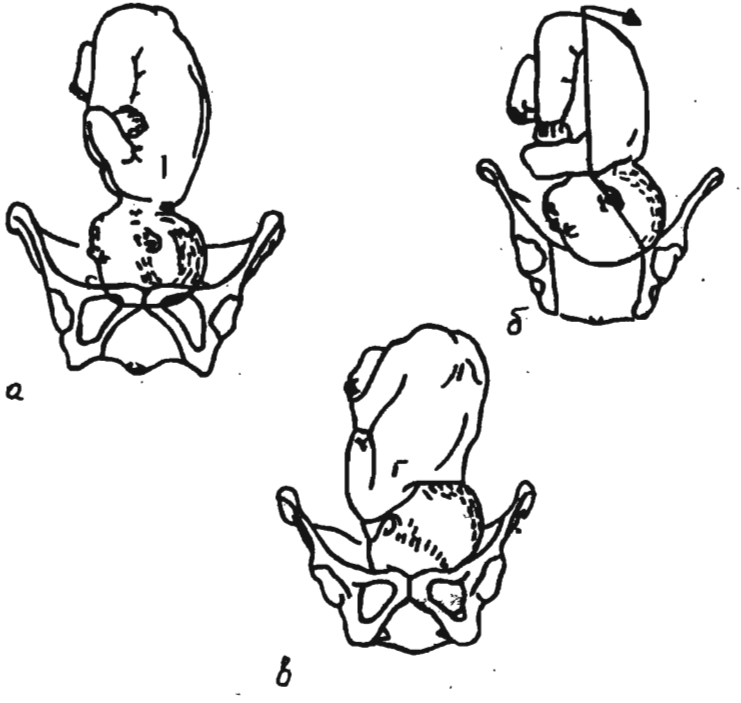
дигина ёрилган бўлса ҳомилани оёғига айлантириб туғдириш мумкин (бунда албатта чаноқ ҳажми ва ҳомиланинг оғирлигини ҳисобга олиш зарур). Аммо бу усулдан фойдаланиш ҳомила ҳаёти учун анча хавфлидир. Эндиликда бундай пайтда кесарча кесиш усули тавсия этилади.

Агар ҳомила ўлик бўлса, уни краниотомия операцияси йўли билан туғдирилади.

ҲОМИЛА БОШИНИНГ ЮЗИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛИШИ

Бошнинг юзи билан келиши тахминан 0,2-0,3% туғруқда учрайди. Бунда ҳомила боши юқори даражада орқага эгилади.

Юз билан келиш сабаблари нимада? Бунда ҳомила боши энса қисмининг букилишига халақит беради (44-расм). Хусусан чаноқнинг торлиги (ясси чаноқ), чаноқ



44-расм. Туғруқ жараёнида юз билан олдин келишнинг шаклланиши.



45-расм. Юз билан олдин келиш (ўнгда); бошнинг орқага қайрилган ҳолда чаноқ киришига суқилиши.

ичидаги аъзолардаги ўсмалар, бачадоннинг ёнга эгилган бўлиши (чандиқлар туфайли), ҳомиладаги ўсмалар (бўқоқ ва бошқалар) бунга сабаб бўлади. Юз билан бирламчи олдин келишда ҳомила боши ҳомиладорликдаёқ юз билан олдинда жойлашган бўлади (ҳомиладаги туғма буқоқ). Юз билан иккиламчи олдин келиш туғруқ жараёнида вужудга келади (45-расм).

ЮЗ БИЛАН ОЛДИН КЕЛИШНИ АНИҚЛАШ

Ҳомиланинг юз билан олдин келишини ташқи текширишлар ёрдамида ҳам аниқлаш мумкин. Ҳомила боши билан келганда, унинг боши орқага кўпроқ қайрилган бўлганлиги учун боши билан орқаси оралиғида чуқурча пайдо бўлади. Ҳомиланинг орқаси ичкарига қайрилиб, бачадон деворидан узоқлашади, кўкрак қафаси эса аксинча, бачадоннинг қарама-қарши деворига жуда яқин келади.

Ҳомиланинг юз билан келишини ташқаридан текширганда унинг орқага қайрилган боши билан орқаси оралиғидаги чуқурликдан ва юрак уришидан билиш мумкин. Ҳомила орқа кўринишда бўлгани учун унинг кўкрак қафаси қорин деворига яқин туради, ҳомилани юрак уришини шу кўкрак қафасидан эшитилади.

Бундан ташқари, қин орқали текширишлар ёрдамида ҳам ҳомила бошининг қандай келганлиги аниқланади.

Ҳомиланинг юзи билан келганлигини унинг пешонаси, қош усти ёйлари, бурни ва оғзини қин орқали пайпаслаб кўрилади. Бачадон бўйни $2^1/_2$ — 3 см очиқ бўлганда бунда кўз олмасини жароҳатлашдан эҳтиёт бўлиши керак.

Ҳомила юзи билан олдин келганда туғруқ ғурраси, юқоридаги аниқлаш нуқталари (пешона, бурун ва бошқалар) баъзан яхши билинмайди, натижада думбаси билан олдин келган деб янглишинади. Бундай хатога йўл қўйиш туғруқни нотўғри бошқариш ва нотўғри ёрдам кўрсатишга олиб келади. Шунинг учун ҳомиланинг думбаси билан олдин келганини билиш учун жинсий қисми думғаза ва чот оралиғини аниқлаш керак. Агар шу белгилар бўлмаса ҳомиланинг юзи билан олдин келганлиги аниқ бўлади.

Шунингдек ҳомилани кўриниши ва қандай ҳолатда турганлигини ҳам аниқлаш керак. Агар ҳомиланинг энгаги чапга қараган бўлса — иккинчи ҳолатда (позиция) (бунда ҳомиланинг орқаси ўнгга, орқага қараган бўлади) аксинча, энгаги ўнгга қараган бўлса — биринчи ҳолатда бўлади.

Энгак олдинга, энса орқага қараган бўлса орқа кўриниш, энгаги орқага қараган бўлса олдинги кўриниш бўлади. Ҳомила юзи билан олдин келганда, туғиш жараёни узоқ давом этиши натижасида, аёлнинг чот соҳаси кўпроқ шикастланади, ҳомила эса бўғилиб қолади. Демак, ҳомилани юзи билан олдин келиши ўзи учун ҳам, она учун ҳам хавфлидир. Ҳомилани юзи билан қайси кўринишда келганини ультратовуш аппарати ёрдамида ҳам аниқлаш мумкин.

ҲОМИЛА ЮЗИ БИЛАН ОЛДИ КЎРИНИШДА КЕЛГАНДА ТУҒИШ МЕХАНИЗМИ (БИОМЕХАНИЗМИ)

Туғиш жараёнининг биринчи даврида бачадон бўйнининг очилиши одатдагича бўлади. Туғиш механизми 4 босқичдан иборатдир.

Биринчи босқич. Туғруқ дарди таъсирида ҳомиланинг юз чизиғи чаноқнинг кириш қисмининг кўндаланг ўлчамида камдан-кам ҳолларда қийшиқ ўлчамида суқилиб туради.

Туғруқ дарди таъсирида ҳомила боши чаноқ ҳалқасидаги тўсиқларни енгаётганда орқага яна кўпроқ қайрилиб, энгак олдинда етакчи нуқта бўлиб қолади.

Иккинчи босқич. Ҳомила боши орқага қайрилган ҳолатда чаноқ бўшлиғига сурилиб, унинг тубигача боради ҳамда у чаноқ ичига (тубига) яқинлашганда бурилиб (айланиб) юз чизиғи чаноққа кирган вақтдаги кўндаланг ўлчамдан қийшиқ ўлчамга, сўнгра чаноқнинг чиқиш қисмининг тўғри ўлчамига ўтади. Одатда ҳомила олдинга энгаги билан айланади. Демак боши чаноқ тубида бурилади (айланади).

Учинчи босқич. Ҳомила боши буралиб бўлгач, кучли кучаниқ таъсирида жинсий тешикдан олдинга сурилаётган энгак кўринади. Бунда қов суяги остига сурилиб келган ҳомиланинг тил ости суяги қов суягига тегиб, тақалиш нуқтаси бўлиб қолади.

Ҳомила боши шу тақалиш нуқтаси атрофида олдинга букилади. Натижада чот остидан оғиз, бурун, кўз, пешона, бош ва энса туғилади.

Тўртинчи босқич. Одатдагича ҳомиланинг елкаси ичкарида, боши эса ташқарида айланади.

Ҳомила бошининг нотўғри (орқага қайрилиб) келишида конфигурация туфайли унинг бош шакли ўзгаради. Хусусан ҳомила бош тепаси билан келганда юқорига чўзилган, пешонаси билан келганда боши гўё бодрингга ўхшаб чўзинчоқ, юзи билан келганда эса юзи шишган ҳолатда бўлади. Ҳатто юз билан келганда шу шишлар туфайли чақалоқ биринчи куни эма олмайди, қийналади. Бир неча кундан кейин шиши аста-секин йўқолади.

Ҳомиланинг юзи билан орқа кўринишда (юзига нисбатан) келиши. Чаноқ нормал бўлиб, ҳомила унча катта бўлмай, орқа кўринишда (орқаси онанинг қорин деворига қараган) бўлса ва туғруқ дарди яхши бўлса кўп ҳолларда ҳомила мустақил туғилиши мумкин. Агар дард суст бўлиб, ҳомила катта ва чаноқ тор бўлса, туғруқ узоққа чўзилиб, ҳатто оғир ҳолат билан натижаланади. Туғруқ оғир ўтиб ҳомила асфиксияга учраши ва туғруқ йўлларидаги юмшоқ тўқималарнинг сиқилиб қолиб некрозланиши каби ҳоллар рўй бериши мумкин. Аммо ҳомила юзи билан олди кўринишда (орқаси билан) келганда туғруқ деярли мумкин бўлмайди, чунки ҳомила энгаги промонториумга суқилиб, тиралиб қолади. Ҳомила сувининг вақтдан илгари кетиши ҳомила юзи билан орқа кўринишда

келганда содир бўладиган оғир ҳоллардан бири ҳисобланади.

Бундан ташқари, киндик тизимчаси тушгани, туғруқ дарди суст бўлгани, туғиш жараёнини узоққа чўзилгани учун бачадон шиллиқ пардасининг яллиғланиши (эндометрит) вужудга келиши мумкин. Ҳомиланинг юзи билан орқа кўринишда (ҳомила орқаси онанинг қорин деворига қараган ҳолати) келиши айниқса оғир ҳолатлардан ҳисобланади. Ҳомила бундай кўринишда келганда, у чаноқ ичида сурила олмайди, чунки боши promantorium га тақалиб, чаноқ ичига ўта олмайди. Шунга кўра бачадон йиртилиши, қовуқ тешилиб оқма вужудга келиши ва шу каби ҳолларга йўл қўймаслик учун, агар ҳомила тирик бўлса кесарча кесиш, ўлик бўлса кранеоклазия операциясини қўллаш керак.

Туғруқни бошқариш. Аввало ҳомила қайси кўринишда бўлишини аниқлаш лозим. Агар юзи билан олдинги кўринишда бўлса, операция усулларидан фойдаланилади.

Агар туғруқ жараёнида асоратлар аниқланса, дарҳол туғруқ жараёнини шароитга қараб тезлатиш керак, ҳомила тирик бўлса, кесарча кесиш, ўлик бўлса, кранеоклазия операцияси қўлланилади.

ҲОМИЛА БОШИ ЎҚ-ЁЙСИМОН ЧОКНИНГ КИЧИК ЧАНОҚ КИРИШ ҚИСМИ ТЎҒРИ ЎЛЧАМИДА ТУРИШИДА ТУҒИШ МЕХАНИЗМИ (БИОМЕХАНИЗМИ)

Туғруқ нормал кечганда, яъни ҳомила энсаси билан олдин келганда, одатда ҳомила боши ўзининг ўқ-ёйсимон чоки билан чаноқнинг кириш қисмини кўндаланг ёки қийшиқ ўлчамида туради деб айтиб ўтган эдик.

Аммо бу патологик ҳолатда ҳомила боши ўзининг ўқ-ёйсимон чоки билан чаноқнинг кириш қисмининг энг кичик ўлчами тўғри ўлчамда туриб қолади. Бошнинг бу хилда жойлашишига бошнинг юқорида, тўғри ўлчамда туриши деб аталади.

Бошнинг юқорида тўғри ўлчамда туриши икки кўринишда бўлади: биринчи кўринишда энса олдинга, қов суягига, иккинчи кўринишда эса орқага, думғазага қараган бўлади. Бундай ҳолларда ҳомила орқаси ёнига қара-

май, энса қов суягига қараган бўлса, тўғри олдинга, агар энсаси думғазага қараган бўлса, тўғри орқага қараган дейилади. Агар ҳомиланинг энса ва орқаси олдинга қараган бўлса, буни ҳомила бошини юқорида тўғри ўлчамда туришининг олдинга кўриниши, агар орқага қараган бўлса, орқа кўриниши дейилади. Кўп ҳолларда бош олдинги кўринишда туради. Бошнинг юқорида, чаноқнинг кириш қисмининг тўғри ўлчамида турганлигини қин орқали текшириб аниқлаш ҳам мумкин. Қин орқали текширилганда ҳомила боши ўқ-ёйсимон чокни чаноқнинг кириш қисми тўғри ўлчамида турганлиги, энсанинг олдинги ёки орқага қараганлигини аниқлаб, ҳомила бошининг қандай ҳолда турганлиги билинади. Ҳомила боши кичик чаноқнинг кириш қисмида турганда фақат 10-15% ҳолларгагина аёл мустақил туғиши мумкин (ҳомила кичкина, чаноқ ҳомила бошига нисбатан катта бўлганда), қолган 85-90% ҳолларда эса туғруқ операция усулида амалга оширилади.

Туғруқ дарди яхши бўлишига қарамай ҳомила боши олдинга сурилмаса ёки у тўғри ўлчамда турган ҳолда чаноққа суқилса ва ўз вақтида акушерлик ёрдами кўрсатилмаса, ҳомила ва она ҳаёти учун оғир ҳолат вужудга келади. Оқибатда ҳомила боши жароҳатланиши, онада бачадон йиртилиши ва бошқа оғир ҳолатлар рўй бериши мумкин, булар ўз навбатида она билан ҳомила ҳаётини хавф остида қолдиради.

Ҳомила боши чаноқ кириш қисмининг тўғри ўлчамида турганда туғилиш муддати одатда жуда узоққа чўзилади. Кўпинча қоғоноқ сувининг вақтидан илгари кетиши ва бачадон пастки сегментининг ортиқча кенгайиб, чўзилиши натижасида туғруқ дардининг бирламчи ва иккиламчи сустлиги ва бачадон йиртилиши каби оғир ҳоллар рўй бериши мумкин.

Туғиш механизми. Ҳомила боши чаноқ кириш қисмининг тўғри ўлчамида турганда олдинги ва орқа кўринишдаги туғиш механизми бир-биридан фарқ қилади. Олдинги кўринишда ҳомила боши чаноққа суқилиши учун у аввал олдинга кучли эгилиши керак. Бу туғиш механизмининг **биринчи босқичи** ҳисобланади. Бунда ҳомила боши симфиз билан промонториум орасига қаттиқ суқилиб, ўз

шаклини ўзгартиради (конфигурация) энса томонга чўзилади. Бу ҳолатда у чаноқ ичининг аввал кенг, сўнгра тор қисмига ўтиб чаноқнинг чиқиш қисмига етгач энса чуқурчаси билан симфизнинг пастки четига тақалади ва орқага эгилади. Бу туғиш механизмининг **иккинчи босқичи** ҳисобланади. Туғишнинг **учинчи босқичида** ҳомила боши энса билан келган каби ўтади. **Тўртинчи босқичда** боши ташқарида, елкаси ичкирида айланади.

Ҳомила боши юқорида тўғри ўлчамда орқа кўринишда турганда ҳам туғиш механизмининг биринчи босқичи бошнинг олдинга букилишидан иборат бўлади. Бундай олдинга букилиш аввалги кўринишдаги олдинга букилишдан, чаноқ ўлчами қандай бўлишдан қатъий назар, кучлироқ бўлиши билан фарқ қилади. Бундан ташқари, ҳомила боши ўз шаклини (конфигурация) кўпроқ ўзгартиради.

Ҳомила боши чаноқ ичининг кенг қисмидан тор қисмига ўтганда айланади. Бу туғиш механизмининг **иккинчи босқичи** бўлиб, энса олдинга қараган ҳолатга ўтгунча давом этади. Ҳомила бошининг орқага эгилиши ва ташқарида айланиши, энсаси билан олдинги кўринишда келгандаги каби бўлади.

Юқорида кўрсатиб ўтилганидек, ҳомила бошининг чаноқнинг кириш қисмидаги тўғри ўлчамида туриши туғруқ жараёнида ўзгаради. У чаноқнинг қийшиқ ёки кўндаланг ўлчамига ўтиши натижасида туғруқ энса билан олдинги кўринишдаги каби ўтади. Бундай туғруқни кузатиш йўли билан олиб бориш мумкин бўлиб кўринса ҳам, бошнинг тўғри ўлчамдан қийшиқ ёки кўндаланг ўлчамга ўтмай чаноқнинг кириш қисмига суқилиб (фиксация) қолиши мумкин. Шунинг учун баъзи муаллифлар (А.И.Петченко ва бошқалар) ҳомила боши чаноққа суқилмаган ва у ҳали қўзғалувчан бўлган вақтда уни қўл билан тўғирлаш керак дейдилар. Бунинг учун умумий наркоз остида қўл бармоқлари қинга киритилиб, ҳомила бошини пуфак ушлагандек ушлаб ўқ-ёйсимон чок чаноқ кириш қисмининг кўндаланг ёки бирор қийшиқ ўлчамига тўғри келгунга қадар тик ўқ атрофида айлантирилади. Иккинчи қўл билан ташқаридан қорин девори орқали ҳомила танасини ушлаб, бошининг айланишига ёрдам берилади. Ҳомила боши қийшиқ ўлчамлардан бирортасига тўғри келгач қин-

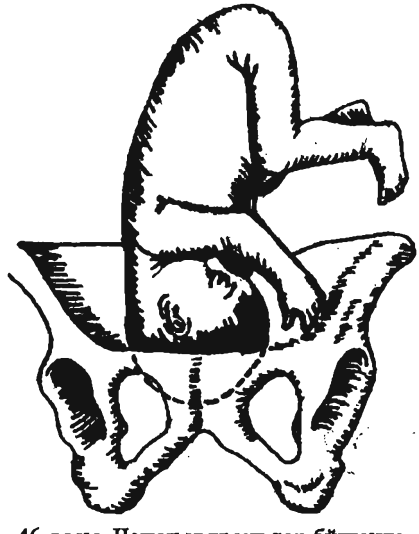
дан қўлни олмай, бошни панжалар орасига олиш ва бир неча тўлғоқдан кейин бош чаноққа суқилгач қўлни қиндан чиқазиш тавсия этилади. Ҳомила бошининг бу хилда айлантириш, бачадон бўйни тўла очиқ ва ҳомила тирик бўлганда маълум натижа бериши мумкин. Умўман агар ҳомила боши чаноқ ичига суқила олмаса унда кесарча кесиш операциясидан фойдаланиш мумкин.

Бу хилда бошни тўғри ўлчамдан қийшиқ ёки кўндаланг ўлчамга айлантириш (А.И.Петченко бўйича) деярли қўлланилмайди.

ҲОМИЛА БОШИНИНГ ПАСТДА (КИЧИК ЧАНОҚ ЧИҚИШ ҚИСМИДА) КЎНДАЛАНГ ЎЛЧАМДА КЕЛИШИДА ТУҒИШ МЕХАНИЗМИ (БИОМЕХАНИЗМИ)

Бундай паталогик ҳолатда ҳомила боши ўқ-ёйсимон чоки билан чаноқни кириш қисмининг кўндаланг ўлчамида турган бўлса, бош чаноқ ичида кейинги сурилишида ҳам айланмайди ва чаноқ ичининг тор ўлчамидан ўтади, ҳамда чаноқнинг чиқиш сатҳигача ҳомиланинг боши кўндаланг ўлчамда қолади.

Бошнинг пастда кўндаланг ўлчамда туришига чаноқнинг тор, ясси бўлиши, чаноқ таги мускулларининг бўшашуви, бошнинг тепаси билан олдин келиши, ҳомилани тўла етилмаганлиги, кичкина бўлиши ва бошқалар сабаб бўлади (46-расм). Ҳомила боши чаноқ чиқиш қисмининг кўндаланг ўлчамида туриб қолганда куймич суягидаги дўмбоғ унинг орқага айланиши ва туғруқ йўлидан чиқишига имкон бермайди. Ҳоми-



46-расм. Чаноқ умуман тор бўлганда ҳомила бошининг чаноқ оғзига суқилиши.

ла боши туғилиши учун ўқ-ёйсимон чокнинг чаноқнинг чиқиш қисмида кўндаланг ўлчамдан тўғри ўлчамга ўтиши, бунинг учун туғруқ дарди кучли бўлиши керак. Шундагина туғруқ мустақил ўтиши мумкин. Бу хилдаги айланишни вужудга келтириш учун туғаётган аёлни ҳомиланинг энсаси турган томонга ётқизиш яхши ёрдам беради.

Баъзи муаллифлар ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чокни кўндаланг ўлчамидан тўғри ўлчамга сунъий усулда айлантиришни тавсия этадилар. Аммо бу ҳамма вақт ҳам мумкин бўлавермайди.

Ҳомила бошининг пастда кўндаланг ўлчамда туришида оғир ҳоллар рўй бериши, яъни туғиш йўлларининг юмшоқ тўқималари, қовуқ ва тўғри ичак деворлари зарарланиши, ҳомилани эса кўпинча асфиксияга учрашига ёки нобуд бўлишига олиб келади.

Бундай ҳолларни олдини олиш учун акушерлик операцияларидан фойдаланиш, ҳомила тирик ва шароит бўлса, унга қисқич қўйиш, ўлик бўлса кранеоклазия қилиш лозим.

ҲОМИЛАНИНГ ЧАНОҚ ҚИСМИ ВА ОЁҒИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛИШИДА ТУҒИШ МЕХАНИЗМИ (БИОМЕХАНИЗМ)



47-расм. Ҳомиланинг думбаси билан олдин келиши.

Умумий туғруқнинг 3,5% ида ҳомила чаноғи билан келади (praesentatio pelvia). Бунда ҳомиланинг вертикал ўқи онанинг тик ўқига тўғри келади, шунга кўра кўп муаллифлар буни нормал ҳолат деб ҳисоблайдилар. Аслида бу она учун ҳам, ҳомила учун ҳам хавфли бўлиб, оғир патологик ҳолатларга сабаб бўлиши мумкин. Шунга кўра ҳомиланинг чаноқ билан олдин келиши патологик ва физиологик ҳолатларнинг чегарасидир.

Ҳомиланинг чаноғи билан олдин келиши қуйидаги ҳолатларга бўлинади: думба билан олдин келиши (ёпилиб келиш) ва оёқлари билан олдин келиш (очилиб келиш). Ҳомила думбаси билан олдин келганда унинг фақат думбаси, она чаноғи бўшлиғига қараган, оёқлари чаноқсон бўғимидан букилган ва тизза бўғими ёзилган, оёқлари ҳомила қўллари устидан танаси бўйлаб жойлашган бўлса, буни ёлғиз думбанинг ўзини олдин келиши дейилади (47-расм).



48-расм. Ҳомила чаноқ қисми билан олдин келганда думбанинг аралаш келиши. (олди кўриниши, I позиция).

Ҳомила думбаси тизза бўғимидан букилган оёқлари билан бирга чаноқ бўшлиғига қараган бўлса, буни думбанинг аралаш олдин келиши (думбанинг тўла келиши) дейилади (48-49-расмлар).



49-расм. Думбанинг аралаш олдинда келганда орқа кўриниши (II позиция).

Ҳомила оёқлари олдин келганда унинг иккала оёғи бирга бўлса, оёқларнинг тўла олдин келиши, (50-расм) бир оёқ билан келса оёқларнинг чала олдин келиши дейилади (51-расм). Баъзан оёқларнинг букилган тиззалари олдин келади. Бу тизза билан олдин келиш дейилади.

Чаноқ билан келиш сабаблари. Бунга бачадон пастки сегментининг бўшашганлиги, кичик чаноқдаги тўсиқлар



50-расм. Ҳомиланинг оёқлари билан тўла олдин келиши.



51-расм. Ҳомилани оёқлари билан чала олдин келиши.

ҳомила бошининг чаноққа киришига халақит бериши сабаб бўлади. Бачадон пастки сегментининг бўшашганлиги туфайли ҳомиланинг чаноқ билан келиши қайта туғувчиларда кўп учрайди. Чаноқ билан олдин келишида вақтидан илгари туғиш ҳоллари кўпроқ кузатилади.

Л.Шинкарева бўйича вақт-соати етиб ва вақтдан илгари туғилган ҳомилалар нисбати 62,6 : 37,4 бўлган.

Етилмаган ҳомилалар қўзғалувчан бўлади, бунга сабаб ҳомиланинг боши кичкина бўлгани учун чаноқнинг кириш қисмига боши билан жойлаша олмайди. Бачадон деворидаги шишлар (миома пастки сегментида бўлса) ҳам ҳомила бошининг чаноқнинг кириш қисмига жойлашишига халақит беради. Йўлдошнинг бачадон пастки сегментига жойлашганлиги туфайли, кўп ҳомиладорликда ҳомилаларнинг айланиши қийин бўлади ва чаноқ билан олдин келиш ҳоллари кўпроқ учрайди. Она қорнида ўлиб қолган ҳомилада, гидроцефалия

(мия қопқоғи ичида сув) бўлганда ва бошқа турдаги нотўғри ривожланишда ҳомиланинг чаноқ билан олдин келиши учраши мумкин. Баъзиларни айтишича ёши катта бўлиб қолган ва биринчи мартаба туғаётган аёлларда ҳомила чаноғи билан олдин келиши мумкин.

Ҳомиланинг чаноқ билан олдин келишини ташқи ва ички текширишларга асосланиб, олдин келувчи қисми чаноқнинг кириш қисмида (симфиз устида) турганида аниқланади. Пайпаслаб кўрилганда ҳомиланинг катта, юмшоқ, нотўғри шаклдаги қисми қўлга сезилади. Агар пайпаслаганда бачадон тубида ҳомилани боши каттароқ, шарсимон, бир текис қаттиқликда бўлиб сезилса бу чаноқ билан олдин келишдан дарак беради.

Ҳомиланинг қандай ҳолатда эканлигига қараб юрак уриши киндикдан юқори ва унинг қаршисида ўнг ёки чап томондан яхшироқ эшитилади.

Ҳомиланинг думба билан келиши қин орқали текширилганда қўлга юмшоқ нарса илиниши билан аниқланади. Агар бунда ҳомиланинг оёқ тўпиқлари ҳам аниқланса думбанинг аралаш олдин келганлигини кўрсатади. Чаноқ билан олдин келишини аниқлаш бирмунча мураккабдир. Ҳомила думбалари олдин турганда уни ҳомила боши билан, ёлғиз думбаси билан (чала) олдин келганда уни юзи билан келди деб ўйлаб, баъзан янглишиш мумкин. Бу хил олдин келишларда ташхисни тўғри қўйиш катта аҳамиятга эгадир. Ҳомила кўндаланг ётган бўлиб, унинг қўли туғруқ йўлига тушган бўлса, буни оёқларининг олдин келиши билан алмаштириб юборилса, ҳомила ҳамда она учун хатарли ҳолат вужудга келади. Чунки бунда акушер оёқ деб ҳомиланинг қўлидан тортади, бунда ҳомила яна ўзининг илгариги яъни бутунлай кўндаланг ҳолатига ўтиб бачадонни йиртилишига сабаб бўлиши мумкин. Ҳомиланинг қандай жойлашганлигини тўғри аниқлаш учун оёқлар товони, оёқ бармоқларининг калталиги, тиззанинг юмалоқлиги ва қўлнинг қатта бармоғи қўзғалувчан бўлишини, унинг ёнга осон очилишини, оёқлардаги бармоқлар эса бу хусусиятга эга эмаслигини эсда тутиб, иш олиб бормоқ керак. Н.А.Цовьяновнинг фикрича етилган ҳомиладорликда бачадон тубининг ханжарсимон тўсиғи олдига яқин туриши ва қаттиқ, дума-

лоқ ҳомила бошини пайпаслаш ҳомиланинг чаноқ билан олдин келганидан далолат беради. Чаноқнинг олдин келганига кўра оёқ ва оёқларнинг олдин келганини аниқлаш осон бўлади. Чунки бунда оёқлар қоғоноқ суви кетиб, бачадон бўйни тўла очилмаган бўлса ҳам, қинга сирғаниб тушиши мумкин, буни қин ойналари ёрдамида кўриш мумкин бўлади. Агар тизза билан келган бўлса, уни қўл тирсагидан ажратиш осонроқ бўлади. Бунда ҳомиланинг ётиш ҳолатини аниқлаш учун тизза бўғими чуқурчаси топилади, агар у чапга қараган бўлса биринчи ҳолат (позиция), ўнгга қараган бўлса иккинчи ҳолатда тургани аниқланади.

Ҳомиланинг юрак уришини биринчи ҳолатда чапдан киндикдан юқоридан эшитилади, иккинчи ҳолатда бўлса ўнгдан эшитилади. Ниҳоят чаноқ билан олдин келишни ультратовуш ёки рентген ёрдамида аниқроқ билиш мумкин.

Туғиш механизми. Туғишнинг бошида думбалар ўзининг кўндаланг ўлчами (linea intertrorhanterica) билан кичик чаноқ кириш қисмининг кўндаланг ёки қийшиқ ўлчамида туради. Бачадон бўйни текисланиб, очилиши билан думбалар чаноқ ичига суқила бориб, унинг қийшиқ ўлчами бўйича сурилади. Агар олдинги кўринишда ва чаноқнинг чап қийшиқ ўлчамида, орқа кўринишда биринчи ҳолат бўлса, чаноқнинг ўнг қийшиқ ўлчамида бўлади, иккинчи ҳолатда ҳам думбаларнинг чаноқ ўлчами шунга ўхшаш бўлади. Чаноқ бўшлиғига думбаларнинг киришида орқа думба, унинг кетидан олдинги думба жойлашиб, чаноқ ичида бирғаликда сурилади, бунда дум суяги бошқарувчи нуқта бўлади.

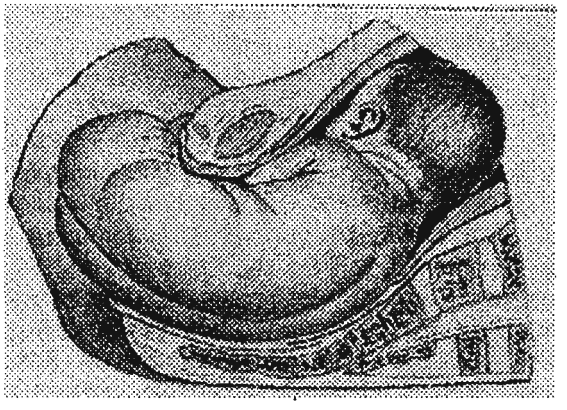
Думбаларнинг чаноқ ичида айланиши унинг тубида бўлади, бунда думбаларнинг кўндаланг ўлчами қийшиқ ўлчамдан тўғри ўлчамга ўтади, агар ҳомила орқа кўринишда бўлса, кўпинча олдинги кўринишга ўтади. Чаноқнинг чиқиш қисмида думбаларнинг кўндаланг ўлчами чаноқ чиқиш қисмининг тўғри ўлчамига жойлашади. Жинсий ёриқдан кўринган ҳомиланинг олдинги думбаси, ёнбош суяги, қов суяги тагига тақалиб, тақалиш нуқтасини ҳосил қилади ва ортиқ сурилмайди. Ҳомила орқа умуртқасининг ёнга эгилиши билан орқадаги думба ту-

ғила бошлайди, олдин бир неча марта кўриниб, яна ичкарига киради. Ниҳоят орқа думба туғилади. Орқа думба туғилгандан кейин олдинги думба ҳам бутунлай туғилиб, орқа умуртқа тўғриланади, кучли кучаниқдан ҳомиланинг чаноқ қисми бутунлай туғилади.

Учинчи ва тўртинчи даврлар ҳомила учун энг хавфли даврдир.

Ҳомила танасининг пастки (киндикгача бўлган қисми) қисми кейинги кучаниқда туғилади, чаноқнинг қийшиқ ўлчамида турган ҳомила орқаси билан ёнга қараган бўлади. Ҳомила туғилишининг учинчи босқичида унинг орқаси бирмунча олдинга қараб қолади, бу айланиш ҳомила елка қисмининг чаноқ бўшлиғида қийшиқ ўлчамига ўтиши учун имконият яратади. Ҳомила танасининг юқори қисми туғилишида елкалар чаноқ чиқиш қисмига яқинлашиш билан қийшиқ ўлчамдан чаноқ чиқиш қисмининг тўғри ўлчамига ўтади (ҳомила боши эса ўзининг ўқ-ёйсимон чоки билан ҳали чаноқ бўшлиғининг қийшиқ ўлчамида туради. Олдинги елка қов (симфиз) суяги остига келади, орқадаги елка дум суяги ва чот устида туради (52-расм).

Туғруқ тез рўй берса, ҳомиланинг қўл оёқларининг жойлашиши ўзгармаган бўлса, бунда ҳомила қўллари танасининг олдига, ҳомила оёқлари остида бўлган ҳолда



52-расм. Ҳомила орқа умуртқасининг ёнига эгилиши ва чаноқ қисмининг туғилиши.

туғилади. Одатда олдинги елка туғилиб, унинг $^2/_3$ қисми қов суяги остига тақалгач (тақалиш нуқтаси), чот остидан орқадаги елка туғилади. Ҳомила боши букилган ҳолда чаноқ ичида айланади, бунда пешона ва юз думғаза чуқурчаси томонга айланади, энса чуқурчаси эса қов суяги остига тиралиб қолади. Энса чуқурчаси (тақалиш нуқтаси) қов суяги қисмига тақалгач, кейин чот остидан энгак, юз ва пешона туғилади.

Бошнинг қолган қисми кичкина қийшиқ ўлчами билан худди энса билан олдинги кўринишда келгандаги бошнинг туғилишига ўхшаб туғилади. Туғруқ жараёнини албатта врач ўзи кузатиши ва туғдириши керак.

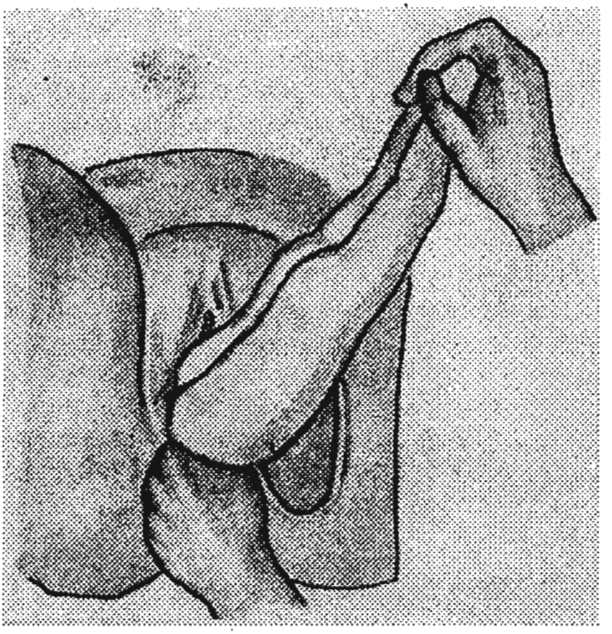
Демак, ҳомила думба қисми билан келганда туғиш механизми думба, елка камари ва бош учун айрим-айрим бўлиб, ҳомиланинг туғилиш жараёнида бирин-кетин кузатилади (53-расм).



53-расм. Ҳомила қўлларининг орқага қайрилиш даражаси.

Туғиш жараёнида учрайдиган мураккабликлар: ҳомила туғилиши жараёнида баъзан қўллари юқорига кўтарилиб қолади, бунда шифокор қўлларни қуйидаги усулда чиқаради.

Врач ҳомиланинг чот остидаги қўлига қарама-қарши турган иккинчи қўли билан унинг иккала оёғини бир-бирига жуфтлаб ушлаб олади (скрипканинг таёқчасига ўхшаб), сўнгра ҳомилани юқорига, вазиятига (позициясига) тескари — онанинг чот бурмаси томонга ва ёнга кўтарадида, ичкаридаги қўлининг кўрсаткич ва ўрта бар-

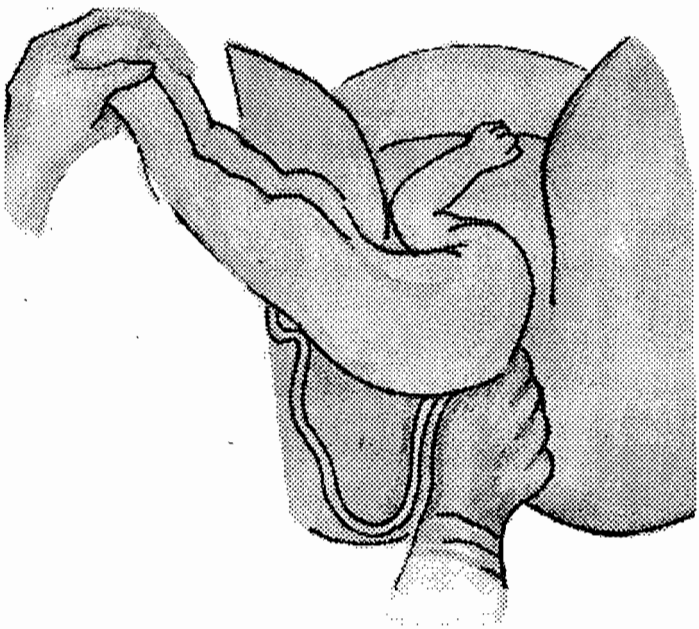


54-расм. Қўл билан амал қилиш. Ҳомиланинг орқадаги қўлини чиқариш.

моқларини ҳомиланинг орқа томонидан қинга суқиб, кўкрак томонга йўналтирилади, ҳомиланинг қўлини курак ва елка, тирсак бўғими, билакнинг $^1/_3$ юқори қисми бўйича сирғантириб аста-секин чиқарилади (54-расм). Қўлларни танадан узоқлаштирмаган ҳолда чиқариш керак (55-расм).

Акс ҳолда қўллар синиши мумкин. Қўллар, одатда, ҳомиланинг юзи бўйлаб сирғанади (ҳомила гўё "ювинади").

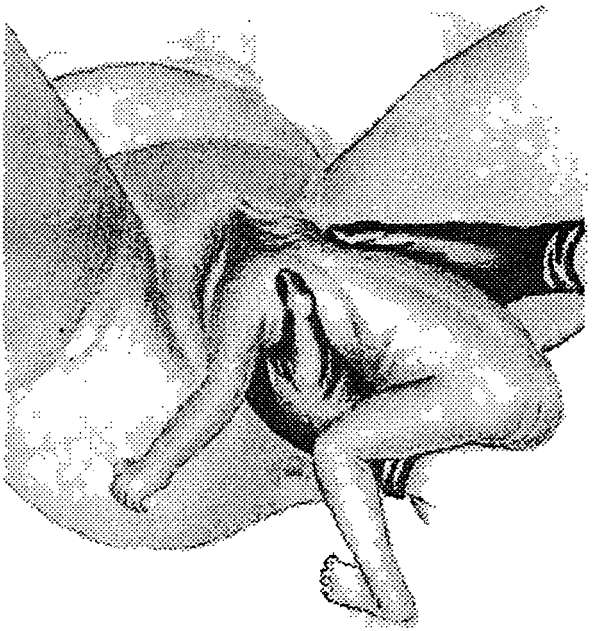
Орқадаги қўлни озод қилгандан кейин (орқадаги қўлни биринчи бўлиб чиқарилишига сабаб бут юмшоқ, шунинг учун осон чиқазилади. Қов орқали чиқазилганда ҳомила қўлини жароҳатлаш мумкин). Олдиндаги (юқоридаги) бошқа қўлни озод қилишга ўтилади. Бунинг учун икки қўл билан ҳомила танасини кўкрак қафаси соҳасидан қоринга тегмасдан (акс ҳолда жигар катта бўлгани учун уни жароҳатлаш хавфли бўлади) унинг ташқарига чиққан қўли билан бирга ушлаб 180° га айлантирилади. Ҳомила-



55-расм. Ҳомиланинг танасини буриш ва иккинчи қўлини чиқариш

ни айлантирилганда унинг орқаси симфиз остидан ўтиши керак, ҳомилани шунда иккинчи қўли орқада бўлиб қолади. Ҳеч вақт пастга тортиш ярамайди, айлантириб бўлгандан кейин иккинчи қўлни ҳам биринчи қўл сингари озод қилинади. Бунинг учун яна қайтадан оёқларидан ушлаган ҳолда танаси онанинг қарама-қарши чот бурмаси томонга юқорига йўналтирилган ҳолда худди биринчи қўл каби иккинчи қўлни чиқазилади. Ҳомиланинг қўлларини озод қилиб бўлгандан кейин, дарҳол бошини чиқаришга киришилади.

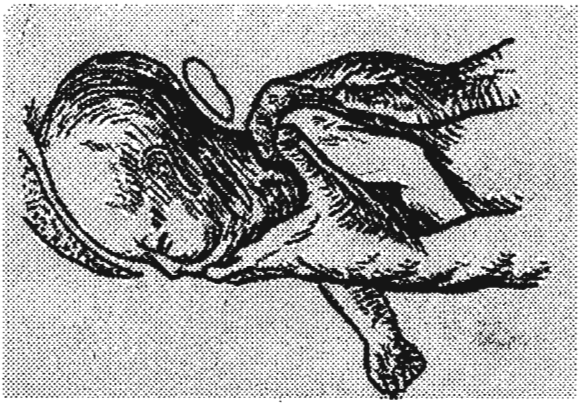
Бу даврда врач ҳомила бошининг нормал туғилишига қатъий риоя қилган ҳолда, унга қўли билан ёрдам кўрсатиши зарур. Бу вақтда ҳомиланинг боши олдинга букилган ҳолда чаноқ ичида бўлади. У чаноқ чиқишида симфиз остида энса ости чуқурчасига жойлашган ҳолда туриб қолади ва бу чуқурча тақалиш нуқтаси ҳисобланади. Ҳомиланинг боши шу тақалиш нуқтаси атрофида айла-



56-расм. Морисо-Левре усулининг биринчи босқичи.

нади. Врач бунинг учун ҳомилани думба соҳасидан иккала қўли билан ушлаган ҳолда танасини юқорига кўтаради, натижада уни юз қисми бут остидан туғилади.

Туғиш механизми нормал бўлганда ҳомиланинг боши осон туғилади. Баъзи ҳолларда ҳомила бошининг осилиб қолиш ҳолатини кузатиш мумкин, буни олдини олиш учун Морисо-Левре томонидан таклиф қилинган усул билан чиқариш осон бўлади. Бунинг учун врач бир қўлини қинга тиқади (56-расм). Шунда ҳомила шу қўл билагига минган ҳолатда бўлади, оёқлари эса қўлининг икки ёнида осилиб қолади. Врач қиндаги қўлининг кўрсаткич бармоғини тирноқ бўғимига қадар ҳомиланинг оғзига суқади ва ҳомила бошини олдинга буккан ҳолда туғиш механизми бўйича олиб чиқишига имконият туғилади (57-расм). Лекин ҳомила оғзига суқилган бармоқ олиб чиқувчи куч бўла олмайди. Врач ташқаридаги қўлининг кўрсаткич ва ўрта бармоқларини сал букиб, ҳомиланинг бўйнидан вилкага ўхшаб қисиб, қолган бармоқлари билан ҳоми-



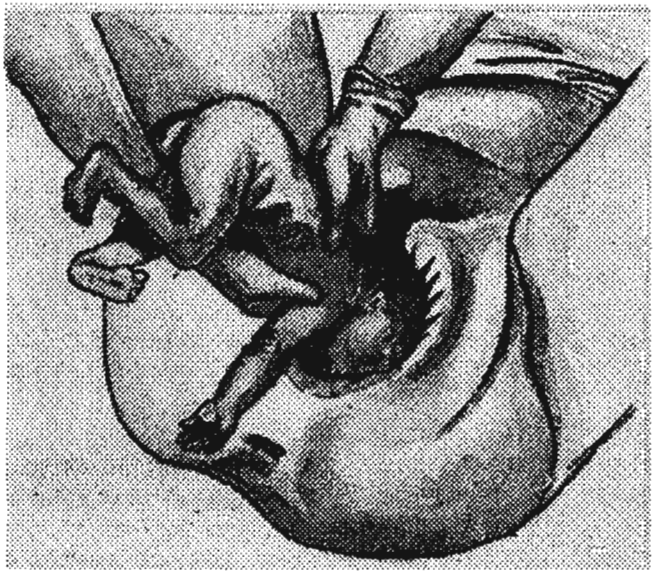
57-расм. Морисо-Левре усулининг иккинчи босқичи.

лани елкасидан ушлаб олади. Кўрсаткич ва ўрта бармоқлар учи билан ҳомиланинг ўмров суягини босмаслик ёки бармоқларини ўмров ости чуқурчасига киритмаслик керак. Акс ҳолда ўмров суяги остида жойлашган нерв чигаллари биринчи қовурғагача босилиши ёки сиқилиши натижасида ҳомиланинг қўли фалаж бўлиб қолиши мумкин.

Шифокорнинг ташқаридаги қўли асосан олиб чиқувчи қўл вазифасини ўтайди. Ҳомила бошини чиқаришда ичкаридаги қўл бошнинг ҳар доим энг кам ўлчами билан туғилиши учун имкон беради, деб айтиб ўтган эдик. Бу билан ҳомила бошининг чаноқ ичида тўғри айланишига ва ўқ-ёйсимон чок ҳамда чаноқ ўлчамлари билан тўғри муносабатда бўлишга эришилади. Ташқаридаги иккинчи қўл билан ҳомила бошини олиб чиқиш учун тракция қилинади (пастга тортилади). Натижада энса чуқурчаси симфиз остига келади. Ҳомила боши ўзининг ана шу нуқтаси атрофида айланади; ҳомила танаси юқорига кўтарилади, бунда чот остидан ҳомиланинг оғзи, юзи, пешонаси туғилади. (58-расм)

Шуни ҳам айтиш керакки, агар аёлнинг қорин девори орқали юқоридан Вербов бинти ёрдамида бир оз босиб турилса, ҳомила бошининг чиқиши осонлашади. Аммо буни ҳамма вақт ҳам тавсия этилавермайди.

Ҳомила ҳар икки оёқлари тўла келганда туғиш жараёни думба билан келган каби бўлади. Бунда жинсий ёриқ-



58-расм. Морисо-Левре усули бўйича бола бошини туғдириб олиш.

дан ҳар икки оёқ туғилади. Агар бир оёғи билан келган бўлса (тўла эмас) туғиш механизми ҳар икки оёқ билан келгандаги каби ўтади. Агар ҳомиланинг орқа оёғи олдин келса, унда олдинги (букилган ҳолатда турган) оёғи симфизнинг юқори юзасида тиралиб, ҳомилани 180° га айланишига мажбур этади, бунда ҳомилани ҳолати ўзгаради ва олдинда келувчи орқадаги оёқ олдинга ўтиб кетади. Туғиш жараёнининг бошқариш думба билан олдин келгандагидек олиб борилади.

Ҳомила думба билан келганда туғруқ шиши ҳомиланинг думбалари ва ташқи жинсий аъзолари соҳасида, биринчи ҳолатда (позиция) чап думбада, иккинчи ҳолатда ўнг думбада бўлади. Ҳомила боши қисқа муддатда туғилгани учун унда конфигурация (шаклининг ўзгариши) бўлмай, думалоқлигича қолаверади.

Агар думба чала олдин келган бўлса, унда туғилган чақалоқ бир неча кун шу оёғининг туриш ҳолатини сақлаши мумкин.

Ҳомила оёғи билан келганда туғруқ шиши олдинги оёғида бўлиб, у бир оз кўкаради. Ҳомила чаноқ ёки оёқла-

ри билан келганда туғишда мураккабликлар кўп учрайди. Чунки бачадон бўйни тўла очилмагач қоғоноқ суви олдин ва кўп кетиб қолиши, киндик тизимчаси тушиши, туғруқ дардининг суст бўлиши, ҳомилада асфиксия ҳолати кўпроқ кузатилади.

Баъзи ҳолатларда туғиш жараёнида ҳомила нобуд бўлади. Агар бачадон бўйни тўла очилмай, ҳомилани тортиб туғдирилса, туғруқ йўллари жароҳатланади, ҳатто бачадон йиртилиши ҳам мумкин.

ҲОМИЛА ДУМБА БИЛАН ЧАЛА (ЁЛҒИЗ) ОЛДИН КЕЛГАНДА ЦОВЬЯНОВ УСУЛИДА ҚЎЛ БИЛАН ЁРДАМ КЎРСАТИШ

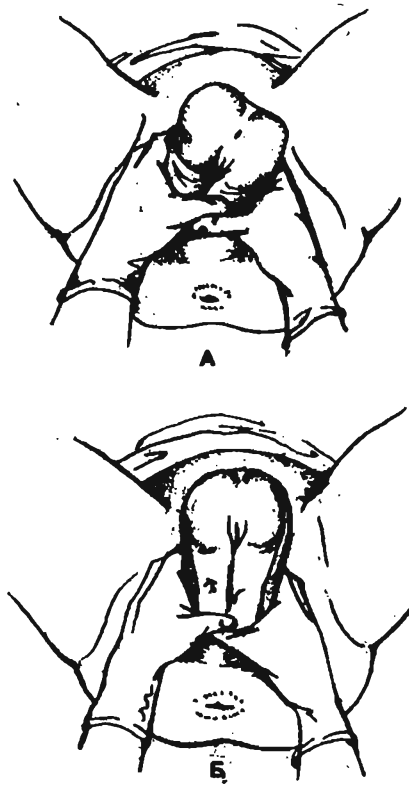
Ҳомила думбаси билан чала олдин келганда туғруқни Цовьянов таклиф қилган усулда олиб бориш акушерлар ўртасида кенг тарқалган. Бу усул ҳомиланинг ўлик туғилишини, туғруқ йўлларининг жароҳатланишини анча камайтириб, асосан ҳомиланинг оёқ-қўллари жойлашишини нормал сақлайди, шунингдек қўллар юқорисига кўтарилиб қолиши, бош орқага эгилиши каби оғир ҳолларнинг рўй беришига йўл қўйилмайди.

Туғруқ муваффақиятли ўтиши учун энг аввал оёқлар нормал ҳолда, яъни чаноқ-сон бўғимлари букилган ва тизза бўғимлари очилган бўлиши, қўллари эса шу тана бўйлаб оёқлари остида бўлиши керак. Цовьянов усули ҳомила оёқларини танасига ёпиштириб ушлаган ҳолда бачадон бўйнини тўла очилишини, оёқ-қўлларининг нормал туришини, оёқларининг вақтдан илгари туғилмаслигини таъминлайди.

Ҳомиланинг кўкрак қисми туғиш йўлларидан ўтишида уни кенгайтиради ва ҳомила бошининг қаршиликсиз туғилиши учун шароит яратиб беради.

Ҳомила думбаси билан чала олдин келганда Цовьянов туғруқни қуйидагича олиб боришни таклиф қилган: думба туғруқ йўлидан чиққан заҳоти шифокор иккала қўли билан чойшаб орқали уни иккинчи думбаси туғулгунча ушлаб туради. Шу йўсинда бачадон бўйнининг тўла очилиши таъминланади (бачадон бўйнининг тўла очилганини контракцион ҳалқани қов суягидан 5 бармоқ юқорига кўтарилганидан ва кучаниқнинг кучайганидан билина-

ди). Кейин иккала қўл билан катта бармоқларни ҳомила сонининг орқа юзасига (қорин бўйлаб қисилиб турган оёқлар устига), қолган бармоқларини эса ҳомиланинг думғаза юзасига қўйган ҳолда ушлайди. Қўлларни ҳомила танасига бундай жойлаштириб ушлаш оёқларни вақтдан илгари тушиб кетишидан сақлайди, шунингдек туғилаётган танани юқорига кўтариб йўналтиради. Ҳомила танаси ташқарига чиққан сари шифокор қўлини аста-секин жинсий тешик томонга суради. Бу вақтда у катта бармоқлари билан ҳомиланинг кўкрак қафаси бўйлаб ётган оёқларни бошқа бармоқлари билан эса орқасидан эҳтиётлик билан ушлаб, қўлини юқорига суради бу вақтда ҳомила оёқларининг вақтдан илгари чиқишига ва бошнинг орқага эгилиб кетишига йўл қўйилмайди (59-расм). Ҳомилани танаси сўнгги туғилиш давомида елка камаригача ташқарига чиқса, унинг қўллари ўзи тушади. Агар ҳомила қўллари ташқарига чиқмасдан ёйилиб қолган бўлса қўлларни юқорида қайд қилиб ўтган усул бўйича чиқазилади. Цовьянов усулида қўллар билан оёқлар биргаликда чиқади. Бу вақтда кўпинча ҳомиланинг боши чаноқ тагида бўлади. Уни чиқариш учун ҳомила танаси аввал пастга, то энса чуқурчаси қов бўғими остига



59-расм. Н.А.Цовьянов бўйича ҳомила (чала) думбаси билан олдин келганда қўл билан ёрдам кўрсатиш.

а) ҳомила танасини оёқлари билан қўшиб ушлаш
б) шифокор қўлини жинсий ёриқ тарафига ҳомила думбаси чиққан сари сирғантириб бориш.

келиб тақалгунча тортиб сўнгра юқорига йўналтирилади, олдинга эгилган ҳомила боши кучаниқ натижасида мустақил туғилади.

Агар боши туғруқ йўлидан мустақил чиқмаса уни чиқариш учун юқорида айтиб ўтилган Морисо-Левре усули қўлланилади.

Шуни айтиб ўтиш керакки, Цовьянов усулини қўлланганда камдан-кам ҳолатларда Морисо-Левре усулидан фойдаланилади.

ҲОМИЛА ОЁҚЛАРИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛГАНДА ЦОВЬЯНОВ УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ҳомила оёқлари билан келганда туғруқ думба билан олдин келгандагига нисбатан бирмунча оғир кечади ва ҳомила кўпинча ўлик туғилади. Ҳомиланинг ўлик туғилишига кўпинча туғруқ йўлларининг тайёрмаслиги ва бачадон бўйнининг тўла очилмагани сабаб бўлади, чунки ҳомила оёқлари чаноқ қисмига ва бошига нисбатан кичкина бўлганидан туғруқ йўлларидан ўтишда уни етарлича кенгайтира олмайди. Ҳомила оёқлари тўла очилмаган бачадон бўйнидан қинга тушиб, ундан жинсий ёриқдан чиқиши мумкин. Бундай ҳолларда шифокор қин орқали текширганда ҳомила оёғига тегади, бундан ташқари ташқи ҳарорат таъсирида ҳомила бехосдан нафас олади ва қоғоноқ суви нафас йўлларига кетиб қолиб (боши ҳали бачадон ичида) бўлгани учун асфиксия юз беради ва у нобуд бўлади.

Тўла очилмаган бачадон бўйнидан ҳомиланинг кенг ва катта қисмлари (елкаси ва боши) нинг туғилиши қийин бўлади. Оёқлар билан олдин келганда ҳомила сувининг олдин ёки илгари кетиб қолиш ҳоллари, ҳомиланинг қўлларини ёзилиб келиши, бошнинг орқага қайрилиб қолиши, сув кетганда киндик тизимчаси тушиши кўпроқ учрайди. Баъзан бачадон бўйни тиришиб (спазм) қолиши натижасида ҳомиланинг елкаси сиқилиб қолади.

Цовьянов таклиф қилган қўл билан ёрдам кўрсатиш усули, ҳомиланинг оёқлари билан келишида рўй берадиган мураккабликларни олдини олишга асосланган. Бу усул

қўлланилганда бачадон бўйни тўла очилмагунча ҳомила оёқлари ташқарига чиқмай қинда туриши керак.



60-расм. Ҳомила оёқлари билан олдин келганда Цовьянов бўйича ёрдам кўрсатиш.

Бунинг учун ҳомиланинг товони вульва ҳалқасидан кўриниши биланоқ врач туғаётган аёл жинсий аъзоларини стерилланган таглик билан ёпиб устидан кафтни вульвага қўйиши ва бунда ҳар гал дард тутганда ҳомила оёқларининг ташқарига чиқишига қаршилик кўрсатиши керак. (60-расм). Шу билан оёқларнинг вақтдан илгари туғилишига йўл қўйилмайди. Бундан ташқари оёқнинг ташқарига чиқиб кетишига қаршилик кўрсатиш натижасида тўлғоқнинг тез-тез, кучли бўлишига ва бачадон бўйнининг тўла очилишига имконият туғилади. Бачадон бўйни очилган сари ҳомиланинг думбаси чаноқ тубига туша боради ва қиндаги оёқларга яқинлашади. Ҳомила гўё чордана қургандек бўлиб қолади, натижада аралаш (тўла) олдин келиш рўй беради. Бачадон бўйнининг тўла очилганини чот, вульва (ташқа жинсий аъзо) ва орқа чиқарув тешигини ҳомила думбаси итарганда дўшайиб чиқиши ва контракцион ҳалқанинг симфиз юзасидан 8-10 см юқорига кўтарилганлигидан билинади ва кучаниқда думбалар кучли босим билан вульва ҳалқасидан чиқа бошлайди (демак бунда бачадон бўйни тўла очилган бўлади).

Олдинда келувчи қисм сўнгги марта сурилганда чот кенгайиб, туғруқ йўли кенг очилади, бу вақтда оёқларнинг чиқишига қаршилик кўрсатишни тўхтатиш керак. Шундай қилганда сўнгги кучаниқда ҳомила чиқаётганда қаршиликка учрамай туғилади.

Қўл билан Цовьянов усулида ёрдам кўрсатишни чаноқ билан аралаш олдин келишда (тўла) ҳам қўллаш мум-

кин. Цовьяновнинг кўрсатишича, оёқларнинг вақтдан илгари ташқарига чиқишига қаршилик кўрсатиши йигирма минутдан тўрт соаттача (баъзан 20 минутдан 2 соаттача) давом этиши мумкин.

XI БОБ

КЎП ҲОМИЛАЛИ ҲОМИЛАДОРЛИК (БИР ВАҚТНИНГ ЎЗИДА БИР НЕЧА ҲОМИЛАНИНГ ТАРАҚҚИЙ ЭТИШИ)

Одамларда, одатда, бир ҳомилалик ҳомиладорлик кўп учрайди. Лекин иккита, учта, тўртта ва бундан кўп ҳомила бир бачадонда тараққий этиши ҳам мумкин. Буни кўп ҳомилалик, туғилган болаларни эса эгизаклар деб аталади.

Умумий қабул қилинган Геллин формуласи бўйича кўп ҳомилали ҳомиладорлик: қўш ҳомила 1:80 туғишга; 3 та ҳомила $1:80^2$ — 6400 туғишга; 4 та ҳомила $1:80^3$ — 512000 туғишга, 5 та ҳомила $1:80^4$ — 40960000 учрайди.

Кўп ҳомилали ҳомиладорлик кўпроқ қайта ва кўп туққанларда учрайди. А.И.Петченконинг айтишича, икки шохли бачадонли аёлларда ҳам кўп ҳомила бўлиши мумкин. Агар бир ҳайз циклида тухумдонда битта фолликула етилиб чиқса ва унда битта тухум ҳужайраси бўлиши аниқ бўлса, қўш ҳомила қандай вужудга келади? Бу саволга жавоб бериш учун бир неча ҳолатларни келтириш мумкин:

1) битта тухумдонда бир вақтда иккита ва ундан ортиқ фолликула етилиб чиқиши мумкин;

2) ҳар икки тухумдонда бир вақтда биттадан иккита фолликула етилади;

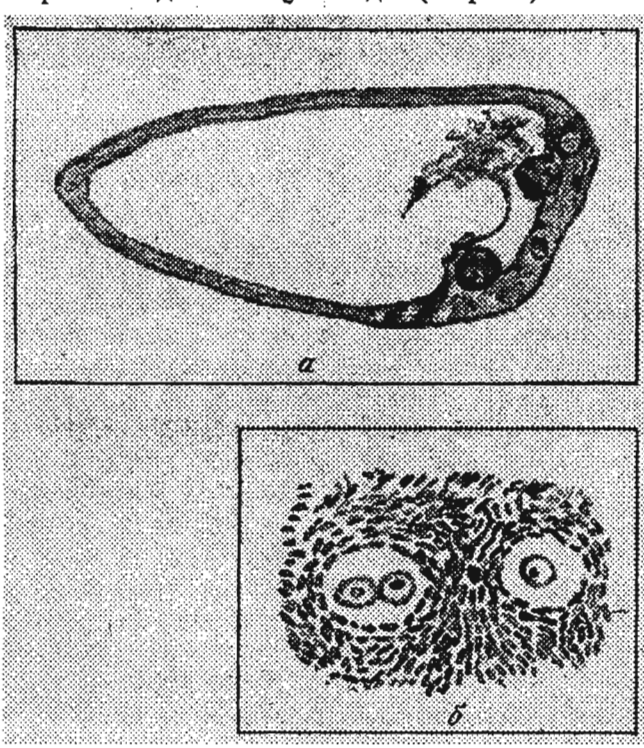
3) бир фолликулада бир вақтда бир неча тухум ҳужайраси тараққий қилади — иккита тухум пуфакчалари билан 1 ядро.

Урчитилган тухум ҳужайраси бачадон деворига жойлашгандан кейин ҳар бири ўзига хос сув ва киприкли (ворсинкали) пардага эга бўлади, кейинроқ ҳар бирида айрим йўлдош ҳосил бўлади. Икки тухумли қўш ҳомила

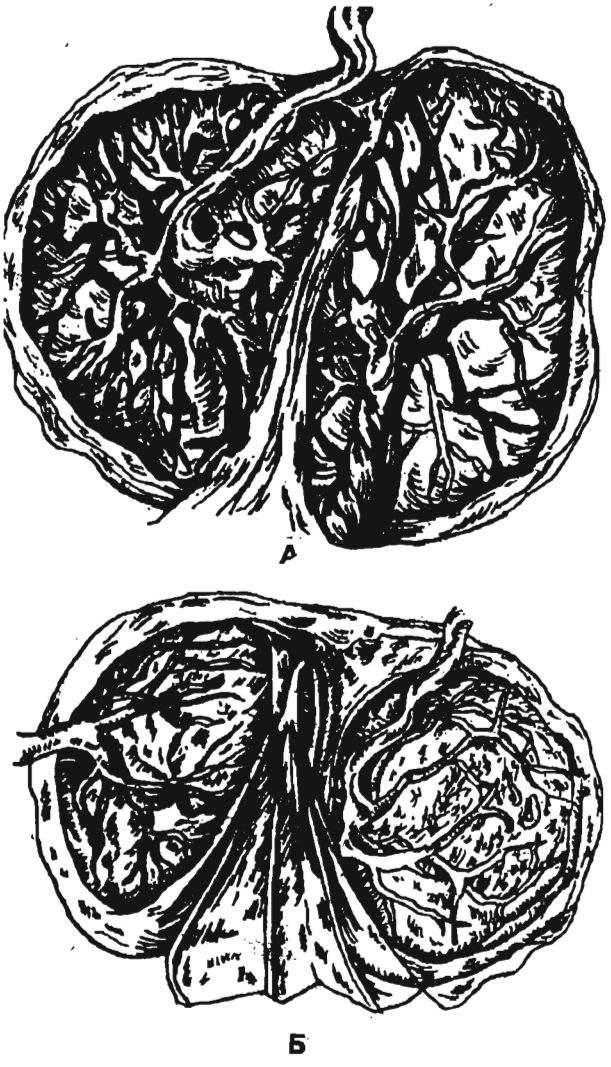
тухуми бачадоннинг қарама-қарши деворида жойлашган бўлса, decidua capsularis ҳам ҳар биридан ажралган ҳолда бўлади.

Агар ҳар икки ҳомила тухуми бир-бирига яқин ётган бўлса, унда уларнинг ҳар бирини мустақил сув ва ворсинкали пардаси бўлади ва decidua capsularis иккаласига битта бўлади, бундай икки тухумли қўш ҳомилада йўлдош ҳеч қачон иккаласига битта бўлмайди. Аммо кўриниши-дан биттага ўхшайди. (61-расм) Агар йўлдош туғилгандан кейин ҳомила пардалари ажратилса йўлдошлар алоҳида бўлиб, қон томирлари бир-бирига қўшилмаган кўринади.

Битта тухум ҳужайрали қўш ҳомиладорликда аёлнинг битта тухумида иккита ядро бўлиб, шу иккита ядро икки-та сперматозоид билан қўшилади. (62-расм).



61-расм. а) учта тухум ҳужайрасини сақлаган фолликул.
б) иккита ядроли тухум ҳужайраси.



62-расм. а) битта тухумли қўш ҳомила йўлдоши. Хорион пардаси бир, амнион эса иккита пардадан иборат.

б) Икки тухумли қўш ҳомила йўлдоши. Ҳар иккала бўшлиқ 4 қаватли парда билан чегараланган (2 амнион ва 2 хорион пардаси).

1. Сув пардаси айрим, децидуал ва ворсинкали пардаси умумий.

2. Децидуал, ворсинкали ва сув пардаси умумий.

П.Горизонтов иккита ядроли тухум ҳужайрасини премордиал (бошланғич) фолликулада 19 ва 24 ёшли аёлларда учратган. Бошқа муаллифлар бир тухумли қўш ҳомила тухум ҳужайрасининг атипик бўлинишидан вужудга келиб, бунинг натижасида 2 та эмбриобласт ҳосил бўлади деб фикр юритадилар. Битта тухумли қўш ҳомилада, умумий ворсинкали парда, кейин йўлдош умумий бўлиб қолади, децидуал парда ҳам умумий бўлиб, кўп ҳолатларда сув пардаси айрим бўлади.

Камдан-кам ҳолатларда бошланғич эмбрион бир-бирига зич ётади ва ҳар иккаласига битта сув пардаси бўлади (моноамнианли қўш ҳомила).

Бунда эмбрион бирор қисми билан ёпишиб қолиши натижасида бир-бирига ёпишган ҳомила вужудга келади.

Бир тухумли қўш ҳомилалар ҳар доим бир жинсли бўлади, икки тухумли қўш ҳомилалар бир хил жинсда ёки икки жинсда бўлиши мумкин. Бир тухумли қўш ҳомилалар бир-бирига жуда ўхшайди. Уларнинг терисидаги бурмалари, ҳатто қон гуруҳлари ҳам бир хил бўлади.

Уч ҳомилали ҳомиладорликда кўпинча иккита тухум ҳужайрасидан, биттасидан қўш ҳомила, иккинчисидан битта ҳомила бўлади. Уч ҳомилали ҳомиладорликни келиб чиқишида айрим-айрим ҳомила тухум ҳужайрасидан ёки камдан-кам ҳолатларда битта тухум ҳужайрасидан (3 ядроли) вужудга келади.

ТАШХИС ҚЎЙИШ

Ҳомиладорликнинг эрта муддатида қўш ҳомилани оддий акушерлик усуллари билан аниқлаш анча қийин бўлиб, ультратовуш ёрдамида аниқланади.

Бачадон катталашиб ҳомиладорлик муддатига тўғри келмайди. Яъни ҳомила 12 ҳафтали бўлса, бачадон туби қов суяги устидан пайпаслаганда 14-15-16 ҳафталикка ўхшайди.

Аёл ҳомиладорликнинг муддати ўтган сари ўзини бирмунча нохуш сезади. Хусусан қорин пастида оғриқ, нафаснинг гистоз белгилари, кўнгил айниши ва қайт қилиш

каби ҳолатлардан шикоят қилади. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида кўп ҳомилаликни кўп сувлик, елбўғоз ва ҳомиланинг катталиги билан адаштириш мумкин. Ҳомиладорликнинг охирида қўш ҳомилага ташхис қўйиш осон бўлади. Қорин айланмаси 110 см дан ошиқ бўлса, қўш ҳомила деб тахмин қилиш мумкин. Агар ҳомиланинг бир неча катта қисмларини ва кўп майда қисмларини пайпаслаб кўриш орқали қўш ҳомила деб ташхис қўйиш мумкин бўлади. Одатда, иккита ҳомила орасида оралиқ сезилади. Иккита бош ва иккита думбани пайпаслаб кўриш орқали ташхис қўйиш осон бўлади.

Ҳомилаларнинг боши ёки думбаси олдин келувчи бўлиб, чаноқнинг кириш қисмига жойлашиши мумкин, бачадон туби эса ханжарсимон ўсиққа яқин туради.

Ташхис қўйишда шунингдек, ҳомиланинг юрак уришини икки жойдан эшитилишига (икки киши эшитиши керак) таянилади. Бундан ташқари қоринни пайпаслаганда ҳомилалар кичкина, қорин эса катта бўлишига қарамасдан ҳомилаларнинг 3 та катта қисми аниқланса қўш ҳомила деб айтиш мумкин.

Юқорида айтганимиздек ультратўлқин ва рентген ёрдамида ҳам кўп ҳомилаларни аниқлаш осон бўлади.

Туғиш жараёнида қўш ҳомилани аниқлаш анча қулай бўлади. Қин орқали текширганда ҳомиланинг иккинчи катта қисми топилади. Биринчи ҳомила туғилгач иккинчисини топиш жуда осон бўлади.

Ҳомилаларнинг бачадонда қандай жойлашиши катта аҳамиятга эга.

В.И.Давидов ҳомиланинг бачадонда жойлашишини қуйидагича талқин қилади (фоиз ҳисобида). Бош ва чаноқ билан олдин келиши 42%, бош билан олдин келиши 38%, чаноқ билан олдин келиши 10%, бош билан ва кўндаланг келиш 5%, чаноқ билан кўндаланг келиши 3,7% ва кўндаланг келиши 0,2% учрайди.

ҚЎШ ҲОМИЛАЛИ ҲОМИЛАДОРЛИКДА ТУҒРУҚНИНГ ЎТИШИ

Кўп ҳомилали ҳомиладорлик бирмунча оғирроқ кечади. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмидаёқ токсикоз (гестоз) яъни кўнгил айнаш, қайт қилиш, бош оғриши ва

айланиши, бўшашиш ҳамда ҳомила диафрагмани юқорига кўтаргани учун нафас сиқиш ҳолати шунингдек оёқлар қон томирини варикоз шаклда кенгайиб кетиши, оёқлар шишиши, ич қотиш каби ҳолатлар кузатилади.

Кўп ҳомилали ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида учрайдиган токсикозлар ҳам кўпроқ учрайди. Кўп ҳомилали ҳомиладорликда туғишдан анча олдин бачадон бўйни текисланади, натижада ҳомилаларнинг вақтдан илгари туғилиш ҳолатлари деярли кўп учраб туради. Уларни парвариш қилиш анча қийинчилик туғдиради. Муддатидан олдин туғиш 25% учрайди. Етилиб туғилган ҳомиланинг оғирлиги битта ҳомила оғирлигига нисбатан 200-300 г кам бўлади. Битта тухумли ҳомила йўлдошидаги қон томирларнинг ҳар икки ҳомилага тенг тақсимланмагани сабабли уларнинг оғирлиги ҳам ҳар хил бўлади. Иккинчи ҳомила баъзан нобуд бўлиши мумкин.

Камдан-кам ҳолатларда ўлган ҳомила туғилиб, биттаси қолиб ўсиши мумкин. Бу ҳолат жуда кам учрайди. Суровцева (1887 йилда) қўш ҳомиланинг биттаси туғилгандан кейин 3 ҳафтадан кейин, иккинчиси туғилганини кузатган.

Жуда кам ҳолатларда бир тухумли қўш ҳомилаларда йўлдошда қон томирлар бир хил тақсимланмагани сабабли ҳомилаларнинг биттасини юраги атрофияга учраб "юраксиз ҳомила" га айланади (acandialis). Баъзан бошсиз ҳомила туғилиши (anancephalus) ҳам мумкин. Бир тухумли қўш ҳомилада баъзан ҳомилаларнинг бирида кўп сув бўлиши мумкин. Бунда ҳомилаларнинг бири тараққиётдан орқада қолади, яъни тараққий этмайди, 4 ҳомилали ҳомиладорликда эса туғилган болаларни ҳаммаси ҳам яшашга қобилиятли бўлавермайди. Туғиш жараёни қўш ҳомилаларда маълум хусусиятга эга бўлади.

Туғишнинг биринчи даврида биринчи ҳомила олди сувининг пардаси бачадон бўйни каналига суқила бошлайди ва ёрилиб, ниҳоят биринчи ҳомила туғилади.

Бачадон мускуллари 15 минутдан то 2 соат давомида ўз қисқариш кучларини тиклаб олгач яна қисқара бошлайди, яна қайтадан кучаниқ бошланади. Агар иккинчи ҳомиланинг сув пардаси қоғоноғи алоҳида бўлса, биринчи ҳомила туғилиши билан иккинчисининг қоғоноғини

ёриш шарт. Акс ҳолда иккинчи ҳомила нобуд бўлиши мумкин.

Туғиш йўллари тайёр бўлгани учун иккинчи ҳомиланинг туғилиши осонроқ ва тез бўлади. Умуман қўш ҳомилаларда туғиш жараёни узоқроқ давом этади.

Кўп ҳолатларда бачадон девори кенгайиб кетганлиги сабабли туғруқ дардининг бирламчи ва иккиламчи сустлиги кузатилади.

Туғруқнинг иккинчи даври қисқа бўлишига ҳомилаларнинг кичкина бўлиши асосий сабаблардан биридир. Чунки кичкина ҳомила туғиш йўлидан осон ўтади. Туғруқнинг учинчи ва эрта чилла даврида бачадон мускулларининг қисқариши суст бўлгани учун (гипотония) кўп қон кетиш, йўлдошнинг бачадондан нотўғри ажралиш ҳолатлари кузатилади.

ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ТУҒИШ ЖАРАЁНИНИ БОШҚАРИШ

Қўш ҳомилали ҳомиладорларни аёллар маслаҳатхонасида албатта махсус ҳисобга олиш шарт.

Бу ҳомиладорларнинг сийдиги тез-тез текширилиб, қон босими ўлчаниб турилиши керак.

Ҳомиладорликнинг олтинчи ойидан кейин уларга алоҳида аҳамият бермоқ лозим.

Чунки бу муддатда ва ундан кейин ҳомиланинг чала ёки аборт билан тушиши кўпроқ учрайди.

Агар қўш ҳомилали ҳомиладорликда ҳомилани вақтидан илгари туғилиш хавфи ёки токсикоз белгилари кўрина бошласа албатта аёлни стационарга ётқизиш керак.

Туғиш жараёни врачга катта маъсулият юклайди. Шуни эсда тутиш керакки, қўш ҳомилали ҳомиладорликда бачадон мускулларининг кенгайиб кетганлиги сабабли туғишнинг биринчи даври узоқроқ давом этишини ёдда тутиш керак бўлади.

Кўп акушерлар бачадон мускуллари таранглигини ошириш ва сақлаш мақсадида эстроген гормони ёки унинг синтетик бирикмаси (синэстрол)ни ва фолликулиндан 20.000 дан — 30.000 бирликда укол қилишни тавсия этадилар.

Агар туғруқ дардининг бирламчи сустлиги кузатилса унда дардни кучайтириш омиллардан фойдаланиш мақ-

садга мувофиқдир. Бачадон бўйни 6 см очилиб ҳомила боши чаноқнинг кириш қисмига суқилиб кирган бўлса, туғиш дардини кучайтириш мақсадида А.И.Петченко қоғоноқни ёришни таклиф қилади. Лекин бунда жуда эҳтиёт бўлиш керак, акс ҳолда ҳомиланинг киндик тизимчаси сирғалиб тушиши мумкин. Шунинг учун қоғоноқни аёлнинг чаноқ қисмини кўтарган ҳолда ёриш мақсадга мувофиқдир. Қоғоноқни ёргандан сўнг ҳомила олди сувини аста чиқазиш зарур. Чунки сув кетгач бачадон мускуллари қисқариб, дард кучайиб кетиш ҳолати кузатилади.

Туғиш жараёнида айниқса қоғоноқ ёрилгандан кейин мунтазам равишда ҳомиланинг юрак уришини кузатиб бориш керак. Мабодо ҳомилада асфиксия хавфи туғилса, унга қарши омиллардан фойдаланиш керак бўлади.

Баъзан туғруқнинг иккинчи даври ҳам узайиши мумкин. Бундай ҳолатда ҳомилада асфиксия белгилари кўрина бошласа, туғруқни тезлаштириш керак бўлади. Бунда агар биринчи ҳомила боши чаноқ ичида ёки тубида турган бўлиб, бачадон бўйни тўла очиқ бўлса қисқич ёрдамида туғдирилади.

Биринчи ҳомила туғилганидан кейин унинг алоҳида ўзининг ёки биргаликдаги йўлдошнинг бир қисми кўчиши мумкин бу ҳолат қон кетиш билан намоён бўлади. Бунда иккинчи ҳомилада асфиксия кузатилади, агар унинг йўлдош қисми ҳам ўрнидан бутунлай кўчса ҳомила нобуд бўлиши мумкин. Агар асфиксия ҳолати кузатилса ёки қон кета бошласа туғишни тезлатиш учун иккинчи ҳомилани оёғига айлантириб туғдириш лозим бўлади. Бу операция унча қийинчилик туғдирмайди, чунки бунда туғуқ йўллари тайёр бўлади.

Биринчи ҳомила туғилганидан кейин иккинчи ҳомиланинг юрак уришини мунтазам кузатиб туриш лозим

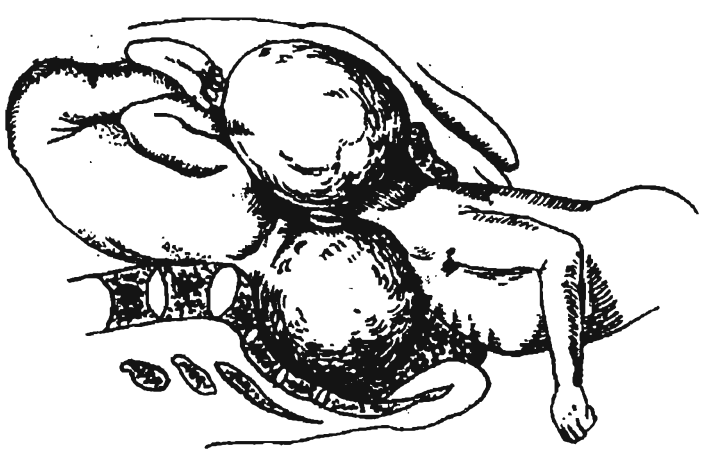
Бундан ташқари биринчи ҳомила туғилиши билан уни киндик тизимчасини дарҳол бойлаш керак, чунки қўш ҳомилада киндик тизимчаси биргаликда бўлиши мумкин. Бунда киндик тизимчаси дарҳол бойланмаса иккинчи ҳомила кўп қон йўқотиши мумкин. Агар иккинчи ҳомилада асфиксия ҳолати кузатилса албатта қин орқали текшириб қоғоноқ бор ёки йўқлиги, ҳомиланинг олдин келувчи қисмининг чаноқ ичида туриш ҳолати, унинг кин-

дик тизимчаси қинга тушганини аниқлаш керак. Агар киндик тизимчаси қинга тушган бўлса кечиктирмай ҳомилани туғдириш керак бўлади.

Агар иккинчи ҳомилани бачадонда кўндаланг ва қийшиқ жойлашгани кўринса унда туғруқ йўллари тайёр бўлгани учун оёғига айлантириб олиш осон бўлади.

Агар ҳар икки ҳомила ҳам кўндаланг ва қийшиқ ётган бўлса бундай ҳолларда кесарча кесиш усули билан туғдириш бирдан бир чора ҳисобланади. Қўш ҳомилали ҳомиладорликдаги мураккабликлар ва натижаланиш қандай бўлади? Юқорида айтиб ўтилган мураккабликлардан ташқари бачадон девори кенгайиб кетгани, яъни унинг қисқариш хусусияти суст бўлгани (бирламчи ва иккиламчи сустлик) учун эрта чилла даврида гипотония ва баъзан бачадон бутунлай қисқармай қолиши (атония) натижасида қон кетиб қолиши мумкин. Кўп қон кетиб қолиши натижасида аёлда оғир ҳолатлар кузатилади. Шунинг учун қон тўхтатиш амалларидан тўла фойдаланиш зарур. (Чилла давридаги қон кетиш бобига қаралсин).

Баъзи ҳолларда агар биринчи ҳомила думбаси, иккинчиси боши билан турган бўлса ҳомилаларнинг боши бир-галикда чаноқнинг кириш қисмига тиқилиб қолиши натижасида бир-бирига илиниб қолади. (63-расм).



63-расм. Ҳомилалар бошининг бир-бирига туғруқ жараёнида илиниб қолиши.

Бунда ҳомилаларни туғдиришда биринчи ҳомила бошини энса тешиги орқали перфорация қилиб туғдириб олингандан кейин иккинчи ҳомила учун йўл очилиб у тирик туғилиши мумкин.

Шуни эсда тутиш керакки қўш ҳомилада оғир токсикоз хусусан эклампсия кўпроқ учрайди. Маълумки буни даволаш анча қийин бўлади. Қўш ҳомилада натижаланиш бир ҳомиладагига нисбатан мураккаброқдир. Токсикозлар, туғруқни узоқ кечиши, ҳомилаларни бачадонда нотўғри ётиши, йўлдош ажралиши, йўлдош туғилиши ва чилла даврида қон кетиш ҳолатлари кузатилади.

Ҳомилаларнинг ўлик туғилиши қўш ҳомилаларда битта ҳомилали ҳомиладорликдан кўра кўпроқ учрайди.

Шу юқоридаги мураккабликларни кўзда тутган ҳолда қўш ҳомилали ҳомиладорликда ҳомилани чаноқ билан олдин келиши патологик ҳолат билан физиологик ҳолат чегарасида туради деб ҳукм чиқариш мумкин.

XII БОБ

ЎТТИЗ ҲАФТАЛИК ҲОМИЛАДОРЛИКНИ АНИҚЛАШ МЕЗОНИ

Илгари ҳомиладорларга ҳомиладорликнинг 32 ҳафтасидан бошлаб декрет таътили берилар эди. Аммо ҳозир она ва бола соғлиғини муҳофаза қилиш мақсадида декрет таътилини 2 ҳафтага камайтириб, 30 ҳафтадан бошлаб берилади.

Ўттиз ҳафталик ҳомиладорликни аниқлаш учун анамнезда аёлдан қуйидаги саволларга маълумот олинади:

— охирги ҳайз қачон бўлган?

— ҳомиладор бўлган вақтини аёл тахминан биладими?

— ҳомила биринчи марта қачон қимирлаган?

— аёллар маслаҳатхонасига биринчи марта келганида ҳомила неча ҳафталик деб белгиланган?

— олдинги маълумот (олдинги ҳомиладорлик муддати қанча давом этган, туғилган ҳомилаларнинг оғирлиги).

Объектив текшириш:

— бачадон тубининг қов суяги устидан қанча баланд турганини аниқлаш;

— қорин айланасини аниқлаш;
— аёлни бўйи ва оғирлигини ўлчаш.

Бачадон тубининг қов суяги устидан қанча юқорида турганлиги ҳомиладорлик муддатини аниқлашда асосий белгилардан биридир, бунда аёлнинг тана тузилиши, бўйи, тана оғирлиги, озғин ва семизлиги ҳисобга олинади.

Бачадон тубининг баландлиги кўп аёлларда 30 ҳафталик ҳомиладорликда 29-31 см бўлади. Бўйи 160 см бўлган, тери ости мой қатлами тана оғирлигига мос бўлган (тана оғирлиги 58 кг гача) ҳомиладор аёлларда бачадон туби 30 ҳафталик ҳомиладорликда қов суягидан 27-30 см юқорида бўлади. Тери ости мой қавати қалинроқ (семиз), ҳомиладор аёлларда бачадон туби қов суягидан 30-32 см баланд бўлади.

Бачадон туби баландлигини ўлчашдан олдин қовуқ сийдикдан бўшатилади, иложи бўлса ичаклар ҳам бўшатилади. Қорин айланаси киндик соҳасида ўлчанади.

Тазомер билан ҳомиланинг пешона-энса оралиқ ўлчами ўлчанади, бу 30 ҳафталик ҳомиладорликда 10-11 см га тенг бўлади.

Одатда 30 ҳафталик ҳомиладорликда ҳомиланинг олдинда келувчи қисми кичик чаноқ кириш қисмининг юқорисида бўлади ва уни осон қўзғатиш мумкин.

30 ҳафталик ҳомиладорликни аниқлашда қуйидаги кўрсаткичлардан фойдаланилади: сон ва оёқ суяклари узунлиги, ҳомила бошининг ўртача ўлчови, қорин айланмасини ўлчаш, бундан ташқари УЗД ёрдамидан фойдаланиш мумкин. (7-жадвал). Қуйида 30 ҳафталик ҳомиланинг фетометрия кўрсаткичлари келтирилган (8-жадвал).

Агар 30 ҳафталик ҳомиладорликни аниқлашда қийинчилик туғилса, бу масала 3 кишидан иборат шифокорлар комиссияси иштирокида ҳал қилинади.

7-жадвал

Ультратовуш билан текширганда фетометрия кўрсаткичлари

Ҳомиладорлик муддати	Бошининг бипариетал ўлчами (см)	Пешона-энса ўлчами (см)	Бошининг ўрта ўлчами оралиғи, пешона-энса ўлчами (см)
30 ҳафталик	7,5	9,8	8,6
Ўртача интервал	8,3—6,7	10,8—8,8	9,5
Ҳомиладорлик муддати	Қорин айланаси ўлчами (см)	Сон суяги узунлиги (см)	Оёқ узунлиги (см)
30 ҳафталик	8	5,6	5,6
Ўртача интервал	9,1—9,8	6,3—4,7	6,4—4,8

8-жадвал

30 ҳафталик ҳомиладорлик муддатини аниқлаш

Ҳисоблаш мезонлари	Бўйи 150 см			165 см гача	170 см гача	170 см гача
	тана оғирлиги 55 кг	тана оғирлиги 60 кг	тана оғирлиги 80 кг	тана оғирлиги 55 кг	тана оғирлиги 75 кг	тана оғирлиги 90 кг
Бачадон тубининг баландлиги (см)						
ўртача	28	29	30	29	29	30
оралиғи	27—29	28—30	29—31	29—30	29—31	29—31
қорин айланаси	87	91	99	85	98	102
ўртача	83—90	88—94	95—103	85—91	94—102	98—106

XIII БОБ

МУДДАТИДАН ЎТИБ КЕТГАН ҲОМИЛАДОРЛИК (GRAVIDITAS SEROTINA)

Физиологик ҳолатда кечадиган ҳомиладорликнинг давом этишини аниқлаш анча қийин бўлиши мумкин.

Маълумки ҳомиладорлик тухум ҳужайраси билан эркак сперматозоидининг қўшилишидан бошланади.

Баъзи муаллифлар ҳомиладорлик овуляция бўлган вақтдан бошланади деб талқин қиладилар. Аммо овуляция муддатини ҳамма вақт ҳам аниқ белгилаб бўлавермайди.

Е.А.Чернуха (1977) нинг айтишича ҳомиладорлик аёл ёшига боғлиқ бўлиб, 30 ёшдан ошган биринчи туғувчиларда муддатдан ўтиш ҳолати кўпроқ кузатилар экан.

Илмий адабиётларда ҳомиладорлик муддати иқлим, муҳит, оилавий шароит, илгари гинекологик касалликлар билан бирга жинсий аъзоларга алоқадор бўлмаган касалликлар билан оғриган аёлларда ва ҳомиланинг жинсига боғлиқлиги (қиз болада ҳомиладорлик чўзилади) ҳақида маълумотлар бор (лекин бу назария аниқ тасдиқланмаган).

Ҳомиладорликни ўртача давом этиши 280 кун, баъзи муаллифлар ҳомиладорликни 39 ҳафтадан 42 ҳафтагача давом этиши мумкин деб ҳисоблайдилар.

Ҳомиладорлик муддатини ҳомиланинг дастлабки биринчи қимирлашидан ҳисоблаш мумкин, бу муддат ҳомиладорлик даврини ўртаси ҳисобланади.

Ҳомиладорлик муддатидан ўтиб кетиб туғилган болаларда етилганлик ва баъзан етилмаганлик ҳолатини кузатиш мумкин. Муддатдан ўтиб кетган ҳомиладорликдан ташқари узайиб кетган ҳомиладорлик ҳам бўлиши мумкин (муддатидан чиндан ўтиб кетганда) — foetus hyper maturus туғилган ҳомила ортиқча етилган ҳолатда туғилиб унинг ҳаёти хавф остида бўлади. Одатда бунда йўлдошда бир қатор ўзгаришлар — петрификатлар (оҳакли юзалар), мойли ўзгаришлар ва бошқалар кузатилади. Ҳомиладорлик муддати 10-14 кундан ошиб кетади (290-294 кун).

Узайиб кетган ҳомиладорликда (foetus postmaturus) физиологик ҳолат бўлиб, бу ҳатто 290-294 кун давом этиши ва етилган ҳомилада ҳаддан ташқари етилган белгилар бўлмай, улар яшашга ўта қобилиятли бўладилар.

Этиологияси ва патогенези

Муддатдан ўтиб кетган ҳомилаликнинг этиологияси ва патогенези етарли ўрганилмаган.

К.Г.Степанковская (1967) ва Г.А.Чернуха (1977) лар ҳомиладор аёлнинг ёшликда бошидан кечирган, илгари оғриган юқумли касалликлари (паротит, қизилча ва бошқалар) ва жинсий аъзоларга алоқадор бўлмаган турли касалликлар ҳам ҳомиладорликнинг кечишига, унинг муддатини узайиб кетишига сабаб бўлишини таъкидлайдилар.

Ҳайз циклининг бузилган бўлиши, эндокрин тизимдаги турли паталогик ҳолатлар, гистозлар ва бошқалар. Баъзилар эса ҳомиладорликни муддатдан ўтиб кетишини наслга боғлайдилар.

Бундан ташқари нейрогуморал бошқаришда бачадоннинг ҳолати ҳам роль ўйнайди. Тухумдон ва йўлдош бачадоннинг қисқариш фаолиятига таъсир кўрсатади. N.Wosu ва бошқалар (1975) ҳомиладорликни муддатидан ўтиб кетишида ҳомиланинг гипофиз, буйрак усти безининг ҳам аҳамияти бор, деб ҳисоблайдилар. Бундан ташқари улар ҳомиланинг специфик касаллиги фақат йўлдош-

нинг "қаришига" боғлиқ бўлмай, бу патологик ҳолатда туғилган ҳомилалардаги нуқсонлар, бунинг исботи ҳисобланади деб фикр юритадилар.

Муддатдан ўтиб кетган ҳомилада нуқсон 9,24% учраса, ҳомиладорлик чўзилган ҳолда 4,79% учрайди.

А.П.Николаев (1986) ва О.С.Персианинов (1972) лар ҳомиладорликни муддатдан ўтиб кетиши биринчи навбатда бодом кўринишидаги ядрога, бачадоннинг функционал фаолиятини тартибга солувчи нейрогуморал тизимга, гипоталамус ва лимбик комплекс бош миянинг чакка бўлагига жойлашган қобиқ ҳолатлари билан чамбарчас боғлиқ деб ҳисоблайдилар.

Муддатдан ўтиб кетган ҳомиладорликнинг асосий патогенези марказий нерв, вегетатив ва эндокрин тизимлар фаолияти билан боғлиқ бўлиши мумкин.

И.З.Вельвовский (1954) бош мия қобиғининг пастдаги аъзолар фаолиятининг тормозланишини, пўстлоқ ости қаватининг қўзғалувчанлигини пасайиши билан боғлайди.

М.С.Бакшеев ва бошқалар (1967) муддатдан ўтиб кетган ҳомиладорликда ва туғруқ дардининг сустлигида, бачадон мускулларида гипонатриемияни кузатганлар.

Умуман туғруқ дардини вақтида бошланишида электролитлар, микроэлементлар, қисқартирувчи оқсил моддалар, гормонлар катта рол ўйнайди. Буларнинг етишмаслиги ҳомиладорликни муддатдан ўтиб кетишига сабаб бўлиши мумкин.

Клиник кўриниши:

I Анамнез — ҳомиладорликнинг 2 ҳафта ва ундан ортиқ ўтиб кетиши.

II ультратовуш ёрдамида ташхис қўйиш:

1. Йўлдошнинг юпқаланиши;

2. Қоғоноқ сувининг камлиги;

3. Ҳомила боши, ҳомила ўлчами ва бошқа қисмлари ўлчамининг ҳомиладорлик давомида ошишини секинлашиши;

4. Ҳомила боши шаклининг аниқ кўриниши;

III. Рентген ва ультратовуш:

1. Эпифизларнинг юқори ва пастки қисмларида (сон, катта болдир суяклари ва бошқалар) суякланишнинг кўриниши;

2. Ҳомила боши шаклининг аниқ кўриниши;

IV. Биокимёвий текширишлар:

1. Эстрогенлар концентрациясининг камайиши;

2. Прогестерон концентрациясини ошиши;

3. Плацентар лактоген ва эстроген концентрацияларини камайиши;

V. Кольпоцитологик маълумот:

1. Қин суртмалари цитотипларининг узоқ давом этиши;

2. Оралиқдаги ва юзадаги ҳужайраларнинг кўпайиб кетиши.

VI. Сут бези секретининг микроскопияси:

1. Оғиз сути ўрнига сут ажралиши;

2. Сут парлари (пуфакчалари);

3. Сут таначаларини бўлиши.

VII. Қин орқали текшириш:

1. Бачадон бўйнининг очилмаган бўлиши;

2. Ҳомила бош суягининг қаттиқ бўлиши;

3. Бош суякларидаги чок ва лиқилдоқларнинг тор бўлиши;

4. Қоғоноқ ясси бўлиб, суви кам бўлиши.

VIII. Кардиотокография, окситацин, атропин, иссиқ билан таъсир қилиш ва ҳомиланинг қимирлаши ҳамда нафас олиш фаолиятини аниқлаш усули.

IX. Ҳомиланинг ФЭКГ си.

1. Ритми бир хил бўлиши;

2. Вольтажнинг ошиши, БР комплексининг узоқ бўлиши.

3. Р-тишининг юқорида ажралган бўлиши;

4. ФКГ амплитуда токининг бир хил бўлмаслиги;

5. Нафас олишни текширишда ҳомиланинг юрак фаолияти бузилганлиги ёки бузилмаганлигини билиш;

X. Окситоцин ёрдамида текшириб кўриш.

1. Бачадоннинг окситацинга нисбатан реакциясини сустлиги ёки реакция бўлмаслиги.

XI. Плацентанинг макроскопик ўзгариши:

1. Оҳакли юзалар ва инфектлар;

2. Йўлдошнинг катта ва оғир бўлиши;

XII. Ҳомилани вақтидан ўтиб кетган белгилари:

1. Ҳомила устини қоплаган мойни кам бўлиши;

2. Ҳомиланинг бош суяги қаттиқ, чоклари тор, лиқилдоқлари кичкина бўлиши;

3. Териси бирмунча шалпайган: мацерация - терининг юза қавати осон кўчиб тушади, кафти ва оёқ таглари бужмайган (Кирчини қўли);

4. Териси қора-кул рангда ва бошқалар.

Қуйида келтирилган жадвалдан (9-жадвал) кўриниб турибдики, муддатдан ўтиб кетган ҳомиладорликда ҳомила олди сувининг кўрсаткичлари айниқса мекони аралаш, опалесирланувчи (ялтирайдиган) ҳолатлар чўзилиб кетган ҳомиладорликдан анча юқори. Етилган ҳомилада эса ҳомила олди суви тиниқ бўлади.

Муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорликни кечиши ҳомиладорнинг тана оғирлигига қўшилиши ўтиб кетган ва муддатдан чўзилиб кетган ҳолларда анча ошади, буни ҳомиланинг катта бўлиши ва гистозларнинг кўпроқ учраши билан тушунтириш мумкин.

Маълумки туғруқ физиологик кечганда бачадон бўйни туғруққа тайёрланади. Кўп муаллифларнинг айтишича муддатдан ўтиб кетган ҳомиладорликда бу кузатилмайди (В.А.Лукашук, 1964, Н.А.Степаняц 1974).

9-жадвал

Қорионқ сувининг аминоскопия ёрдамида текширишдаги маълумот (Е.А.Чернуха, 1982)

Ҳомиладорликнинг кечиши	Аёлларнинг умумий сони	Қорионқ сувининг ранги		
		Тиниқ	Опалесцирланувчи (ялтирайди)	Мекония аралаш
Муддатдан ўтиб кетган ҳомиладорликда	146	101 68,18	22 15,07	23 15,75
Муддати чўзилиб кетган ҳомиладорликда	97	84 85,72	7 7,14	7 7,14
Етилган ҳомила	50	50 100	— —	— —

Муддатдан ўтиб кетган ҳомиладорликда гестозлар кўп учрайди (Л.Л.Левинсон, 1969, Кисаз ва бошқалар, 1865).

Л.С.Персианинов (1967) фикрича, ҳомиладорлик муддатидан ўтганда ҳомила ҳолатининг бузилишига сабаб (патогенези) кислород тақчиллиги бўлиб, бу ўз йўлида метаболитик ацидозни вужудга келтиради. Ҳомила қонида

модда алмашинувининг нордон маҳсулотлари тўпланиб, булар ферментатив жараённинг бузилишига ва ҳомила организмидаги бошқа биологик жараёнларни издан чиқишига сабаб бўлади ва уларнинг фаолиятига путур етказади. Демак, ҳомиладорликнинг ўтиб кетиши ҳомила тараққиётига ва она соғлиғига катта зарар кўрсатишини назарда тутиб, ўз вақтида ташхис қўйиш ҳамда ёрдам бериш омилларидан фойдаланиш зарур.

Муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорликда туғруқнинг кечиши. Туғруқ жараёнида турли асоратлар кузатилади. Бунда туғруқ дарди бошланиши кечикади. Кўп ҳолатларда эса бачадоннинг қисқариш фаолияти бузилиб, кўпинча ҳомила операция йўли билан туғдириб олинади. Ҳомиланинг муддатдан ўтиб туғилишида қоғоноқ сувини олдин, вақтдан илгари ёки кечикиб кетиши, туғруқ дардининг нуқсонли бўлиши, туғруқни узоқ чўзилиши, ҳомила асфиксияси, туғруқ жароҳатлари кўп учрайди. Кўп аёлларда туғруқ дардини сунъий равишда чақиришга тўғри келади. Ҳомила бош суягининг қаттиқлиги ва туғруқ жараёнида шаклининг ўзгартириш (конфигурация) хусусияти бўлмаслиги, ҳомила бошининг анча катта бўлиши туғруқнинг кечишида бир қатор патологик ҳолатларга сабаб бўлади.

Ҳомила олди сувининг вақтдан илгари кетиб қолишига қоғоноқ пардадаги морфологик ўзгаришлар, амнионит, гиалуронидаза концентрациясини ошиқ бўлиши сабаб бўлади. Туғруқ дарди кўп ҳолатларда суст бўлади, лекин анча узоқ давом этади.

Ўтиб кетган ҳомиладорликда кесарча кесишга сабаб бўладиган ҳолатлар:

1) анатомик ва функционал тор чаноқ;
2) ҳомилани катта бўлиши;
3) ҳомиланинг гипоксияси;
4) ёши улғайиб (30 ёшдан ошиқ) биринчи туғувчи;
5) туғруқ дарди аномалияси.

Туғруқда йўлдош ажралиши ва эрта чилла даврида қон кетиши аёллар орасида ўлимнинг кўпайишининг асосий сабабларидан ҳисобланади.

Туғруқ жараёни жароҳатлари кўп учрайди. Булардан туғруқ йўлларининг (бачадон ва унинг бўйнини йиртилиши, қов бўғимини ажралиши ва бошқалар).

Муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорликда шифокор ҳомилада муддатдан ўтиб кетганлик белгилари бор-йўқлигини аниқ ўрганиб, туғруқни фаол равишда бошқариши керак.

Чўзилиб кетган ҳомиладорликда эса туғруқ кўп ҳолатларда физиологик кечиб, туғруқ дарди ўз-ўзидан бошланади.

Муддатдан ўтиб кетган ҳомиладорликда юқорида қайд этилган мураккабликларни ҳисобга олиб, бу хилдаги патологик ҳолатни олдини олишга барча имкониятларни қаратиш керак.

ТУҒРУҚНИ КОНСЕРВАТИВ УСУЛДА БОШҚАРИШ

Илгарилари туғруқ дардини қўзғатиш учун аёлни оч қўйиш, чанқатиш, иссиқлар билан таъсир қилиш (ҳаммомда туғдириш, грелка қўйиш), қучли ҳаракат қилиш, ҳуқна (клизма), электр токи билан таъсир қилиш, кўкрак учини механик усулда ёки электр токи билан қитиқлаш ва бошқа усуллардан фойдаланганлар.

А.С.Девизарова (1960) ва Л.Л.Левинсон (1969) лар муддатдан ўтиб кетган ҳомиладорликда туғруқ дардини қўзғатиш учун анодик галванизация ёрдамида бош мияга таъсир кўрсатганлар. Уларнинг фикрича фаолияти бузилган нейрорефлектор ва нейрогумарал механизмга ижобий таъсир кўрсатиш билан туғруқ доминантини тикланишига эришиш мумкин. Сўнгги йилларда туғруқ дардининг бошланиши ва унинг тўғри кечишини таъминлаш учун электроанальгезия (бунда 1 $^1/_2$ — 2 соат ва ундан кўпроқ вақт давомида импульс токининг 8-10 мл кучли ва 160 дан 450-750 гц тезликда қўлланилади (Л.С.Персианинов ва бошқалар, 1974).

Юқорида келтирилган усуллардан ҳар бирини айрим дорили препаратлар билан биргаликда фойдаланиш мумкин деб тавсия этадилар.

ДОРИ ПРЕПАРАТЛАРИ

Глюкоза, С ва В витаминлар физиологик сенсибилизаторлардан ҳисобланади. Туғруқни кучайтириш учун 40% глюкозадан (40 мл) 5% аскорбин кислота (300 мг) ва тиамин (50-100 мг) ҳамда 10% ли кальций хлорид эритма-

сидан (10 мл) венага юборилади. Ичга ичишга галаскорбин, хлорид калийлардан фойдаланилади.

Глюкоза асосий энергия манбаи бўлиб, бачадон мускулларига таъсир кўрсатади, дегидратация ва кетоацидозни олдини олади, тонусни ошириб, бачадонни қўзғалувчанлиги ва қисқаришига ижобий таъсир кўрсатади.

Хлорид калий симпатик нерв тизимини қўзғатиб, буйрак усти безининг адреналин ишлаб чиқиш қобилиятини, окситоцин таъсирини кучайтириб, бачадон тонусини оширади.

Глюкоза, кальций, В, С витаминлар ва галаскорбин ҳомила организми қувватини оширади. Ҳомила гипоксиясини олдини олади. А. Д. Макацария (1979) ва И. П. Иванов (1979) лар ҳомиладорликнинг муддатидан ўтиб кетган ҳолларида микродозада гепарин, токолитиклар, вазодилятаторлар, простогландин, фетоплацентар етишмовчилигида гипербарик оксигенизацияни тавсия этадилар.

Ҳомиладорни туғруққа тайёрлаш учун 5 мг простагландин (энзапрост) F ни 5% ли 500 мл глюкозага ёки ош тузининг изотоник (0,9%) эритмасига аралаштириб минутига 6-8 томчидан бошлаб 15-20 томчигача венага юборилади. Одатда туғруққа тайёрлашда 500 мл эритма етарли бўлади.

Бачадон бўйнининг етилишида, физиологик механизмнинг тикланишида эстрогенлар, простогландин ва релаксинлар катта ёрдам беради.

Хинин эса бачадонни сенсибилизация қилинишига ва унинг тонусини ошишига, окситоцин эса бачадоннинг қисқариши ҳамда туғруқ дардининг бошланиши ва кучайишига таъсир кўрсатади.

Синтетик окситоцинли препаратлар ўзларида вазапрессин сақлагани учун анча яхши ёрдам беради (артериал қон босимини кўтаради, шунга кўра гипертонияда қўлланилмайди).

Венага 1 мл (5 бирликда) окситоцинни 500 мл 5% ли глюкоза ёки ош тузининг изотоник эритмасига аралаштириб бошида бир минутда 6-8 томчи юборилади, кейин ҳар 5-10 минутда 5 томчидан оширилади, томчининг максимал дозаси 40 томчи. Окситоцинни юбориш тезлиги 20-30 томчи.

Окситоцинни туғруқ жараёни давомида ва чилла даврида 10-15 минут юборилади.

Агар окситоцинни юбориш қоғоноқ бутун бўлган вақтда бошланган бўлинса, туғруқ дарди тартибли равишда бошлангандан кейин туғруқни тезлатиш учун қоғоноқ тешилади. Шу йўсинда туғруқ жараёни 4-5 соатга қисқаради. Окситоцинни умумий дозаси 10 бирликдан ошмаслиги керак.

ТУҒРУҚНИ ХИРУРГИК УСУЛДА ТЕЗЛАШТИРИШ

Қоғоноқ пардаси ёрилганда бачадоннинг биологик қисқариш ва қўзғалиш фаоллиги ошади. Қоғоноқ пардасини ёришда бачадон бўйни туғруққа тайёр бўлиши керак. Ҳомила бачадонда нотўғри жойлашганда, чаноқ қисми билан олдин келганда, ҳомила боши чаноқнинг кириш қисмига нотўғри жойлашганда, ҳомиланинг киндик тизимчаси олдин келганда қоғоноқ пардасини ёриш асло мумкин эмас.

Бачадон бўйнини кенгайтиришни бармоқлар ёрдамида мустақил равишда ёки қоғоноқ пардасининг пастдаги қисмини кўчириш билан олиб бориш мумкин. Бу усул акушерлик амалиётида кўп қўлланилмайди (айниқса бачадон бўйни туғруққа тайёр бўлмаса).

Агар қисқич қуйиш учун кўрсатгичлар ва шароит бўлса, шу операциядан фойдаланилади. Ҳомила боши кичик бўлиб ёки чаноқ ўлчамига мос келмаса ёки унинг киришига нотўғри жойлашган ва тирик бўлса кесарча кесиш, ўлик бўлса эмбриотомия операциясини қўллаш мумкин.

XIV БОБ

ҲОМИЛАНИНГ КЎНДАЛАНГ ВА ҚИЙШИҚ (SITUSTRANSVERSUS, OBLIGUUS) ЁТИШИ.

Асосан ҳомила бачадонда узунасига ётади (99,5%). Баъзан у кўндаланг ёки қийшиқ жойлашиши (0,5%) ҳам мумкин. Агар ҳомиланинг бўйлама ўқи бачадоннинг бўйлама ўқи билан тўғри бурчак ҳосил қилса ҳомиланинг кўндаланг ётиши, ўткир бурчак ҳосил қилса ҳомиланинг қийшиқ ётиши дейилади.

Бу ҳолат биринчи туғувчилардан кўра қайта туғувчиларда кўпроқ учрайди. Бунга қуйидагилар сабаб бўлади:

1) кўп туққан аёлларнинг қорин девори кўпинча шунчалик бўшашиб кетадики, ҳомила бачадонда жойлашиш ҳолатини осонликча ўзгартира олади;

2) кўп сув ҳам бачадон деворини анча кенгайтириб юборади, натижада ҳомиланинг ҳаракат қилишига қулай шароит туғилади. Шунга кўра жуда қўзғалувчан ҳомиланинг кўндаланг ёки қийшиқ ҳолатда жойлашиб қолиши осон бўлади;

3) қўш ҳомилада кўпинча ҳомиладан биттаси кўндаланг ёки қийшиқ ётиб қолиши мумкин;

4) ҳомиланинг кўндаланг ёки қийшиқ жойлашиши бачадон нуқсонлари (аномалияси) да учрайди. Масалан, эгарсимон бачадонда (uterus arcuatus) бачадоннинг ўлчами унинг узунлигидан катта бўлади, шунга кўра ҳомила кўндаланг ёки қийшиқ жойлашади.

5) бачадон деворида ўсмалар (миома) бўлганда ҳам шу ҳолатни учратиш мумкин.

6) чаноқ тор бўлганда ҳам ҳомиланинг нотўғри жойлашишига қулай шароит вужудга келади.

7) ҳомила бошининг катта бўлиши;

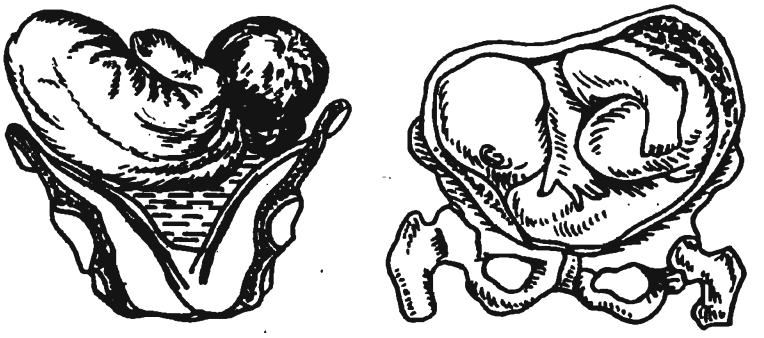
8) вақтдан илгари туғилишда;

9) ўлик ҳомилада ҳам нотўғри жойлашишни кузатиш мумкин;

10) плацента бачадоннинг пастки сегментида жойлашишда.

Ташқаридан бачадон шаклини аниқлаш йўли билан ҳомиланинг қандай ётганини билиш мумкин. Бунда бачадон узинасига катталашади (юқорига чўзилмай). Кўндаланг шаклда (гўё тухумни ётқизиб қўйгандек) жойлашган бўлиши ташхис қўйишда жуда муҳимдир.

Бачадон туби ҳомиланинг шу муддатда бўйлама ётишидаги ҳолатидан анча пастда бўлади. Ҳомиланинг боши ва думбаси қорин ён деворларини пайпаслаб кўриб аниқланади (Левицкий-Леопольд усули). Ҳомила кўндаланг ётганда ҳомиланинг қандай ҳолатда (позиция) эканлигини бошнинг туришига қараб аниқланади. Агар ҳомиланинг боши чап томонда турган бўлса, бу биринчи ҳолат



64-расм. Ҳомиланинг кўндаланг ётиши.
А. Биринчи ҳолат олдинги кўринишда бачадон бўйнининг очилиш даври, қовоноқ ёрилмаган. Б. Иккинчи ҳолат, орқа тур.

(позиция), агар ўнг томонда бўлса, иккинчи ҳолат ҳисобланади (64-расм).

Ҳар бир ҳолатни икки хил кўриниши бор: агар ҳомиланинг орқаси олдинга (онасининг қорин девори томонига) қараган бўлса, олдинги кўриниш, орқага (онасининг умуртқаларига) қараган бўлса, орқа кўриниш бўлади. Одатда биринчи ҳолат ва олдинги кўриниш кўпроқ учрайди. Қорин девори орқали пайпаслаб кўрилганда бачадон туби ва қов суяги усти соҳасидан ҳомиланинг йирик қисмларини топиб бўлмайди. Пайпасланганда ҳомиланинг фақат нотўғри жойлашганлигинигина эмас, балки унинг ҳолати (позиция) ва қайси кўринишда эканлиги аниқланади. Агар олдинги кўринишда бўлса унинг текис орқасини, орқа кўринишда бўлса майда қисмларини пайпасланади.

Ҳомиланинг юрак уришини эшитиш орқали ҳам унинг қайси ҳолатда ётганини аниқлаш мумкин. Агар ҳомиланинг юрак уриши аёл киндигининг чап ёнида эшитилса ҳомиланинг биринчи ҳолатда (позиция), ўнг ёнидан эшитилса, иккинчи ҳолатда эканлиги аниқланади.

Ҳомиланинг кўндаланг ётганлигини ва қайси кўринишда эканлигини сув кетгандан кейин, туғруқ вақтида ички текшириш йўли билан ҳам аниқлаш мумкин. Бачадон бўйни тўла очилмай туриб қин орқали текшириш қовоноқнинг ёрилиб кетиш хавфини туғдиради.

Сув кетган бўлса олдин келувчи қисмларни: елка камари, қўл, кўкрак қафасини топиш осон бўлади.

Ҳомиланинг қайси ҳолатда ётганини қўлтиқ ости чуқурчаси орқали ҳам аниқланса бўлади. Агар қўлтиқ ости чуқурчаси чап томонга берк бўлса (ўнг томон очиқ) биринчи ҳолат (I позиция), аксинча бўлса, иккинчи ҳолат (II позиция) бўлади.

Ўмров суяклари ва куракларнинг туришига қараб ҳам ҳомиланинг қайси ҳолатда эканлигини аниқлаш мумкин. Агар бунда ҳомиланинг кураклари олдинга, ўмров суяклари орқага қараган бўлса, олдинги кўриниш, аксинча бўлса орқа кўриниш бўлади. Баъзан сув кетишида ҳомиланинг қўли қинга тушиб қолади (бу патологик ҳолат). Бунда ташхис қўйиш осон бўлади. Қайси қўлнинг (чап ёки ўнг қўлнинг) тушганлигини билиш ҳам катта аҳамиятга эга. Бунинг учун ҳомиланинг тушган қўли билан "фараз қилиб" кўришиш керак. Агар тушган қўлнинг тўғри қилиб, кафтини олдинга қаратган ҳолда қўйганда, агар катта бармоқ ўнгга қараган бўлса — бу ўнг қўл, чапга қараган бўлса чап қўл эканлигини кўрсатади (65-расм). Шундай қилиб, ҳомила биринчи ҳолатда (позиция) бўлганда ўнг қўлни тушиши — олдинги кўриниш, чап қўл тушса — орқа кўринишда эканлигидан далолат беради.



65-расм. Ҳомила кўндаланг ҳолатда ётганда қўлининг тушиши.

Иккинчи ҳолатда ўнг қўлнинг тушиши орқа кўринишни, чап қўлнинг тушиши, олдинги кўринишни кўрсатади.

Ҳомила кўндаланг ёки қийшиқ ётганда аёлда субъектив ҳолат унчалик билинарли бўлмайди. Аммо уларда ҳомиладорликнинг барвақт тўхташи,

қорионоқ сувининг кетиб қолиши ва бунинг натижасида турли асоратлар кўп учрайди.

ТУҒРУҚНИНГ КЕЧИШИ

Ҳомиланинг қийшиқ ва кўндаланг ётиши энг оғир ҳолатлардан бири ҳисобланади. Бунда ҳомиланинг мустақил ўзи айланиб туғилиши камдан-кам учрайди. Ҳомила кичкина ва қўзғалувчан бўлса, қийшиқ ётганда ҳам баъзан мустақил туғилиши мумкин. Ҳомила муддатига етмай она қорнида ўлиб қолганига анча вақт бўлиб, чириган (мацерация) бўлса ва катта бўлмаса у ўз-ўзидан бурилиб ёки иккига букилган ҳолда туғилиши мумкин. Ўз-ўзидан бурилиб туғилишда (versio spontanica) туғруқ фаолияти кучли бўлиб, ҳомила қисмлари кетма-кет туғилади. Бунда аввал ҳомила елкаси чаноқнинг кириш қисмига маҳкам суқилади, танаси букилган ҳолатни олади, думбалари, оёқлари туғилиб бўлгандан кейин иккинчи елкаси ва ниҳоят ҳомиланинг боши туғилади (evalutio foectus spontanica).

Ҳомила букланиб туғилганда (partus conduplicatio corpore) иккига букилган ҳолда олдинги елка, сўнгра қорнига босилган (сиқилган) ҳолда тана ва боши энг охирида думбаси ва оёқлари чиқади (66-расм).

Кўпинча туғруқ ҳомила нотўғри ётган ҳолида бошланади. Оғир асоратлар туғруқнинг биринчи даврида рўй беради. Ҳомила нотўғри ётганда туғруқ акушерлик ёрда-



66-расм. Кўндаланг ётган ҳомиланинг букланиб туғилиши.

мисиз ўтса одатда бачадон ёрилиши, ҳомила она қорнида ўлиб қолиши мумкин. Ҳомила кўндаланг ва қийшиқ ётганда олдинда келувчи қисм бўлмайди шунга кўра тақалиш камари ҳам вужудга келмай қоғоноқ суви иккига — олдинги ва орқа сувга бўлинмайди. Бундай ҳолда бачадон бўйни тўла очилиб бўлмасиданоқ бачадондаги босим таъсирида қоғоноқ пардаси ёрилади. Қоғоноқ сувининг вақтдан илгари кетиб қолиши одатда туғруқ дардининг сусайишига сабаб бўлиши мумкин.

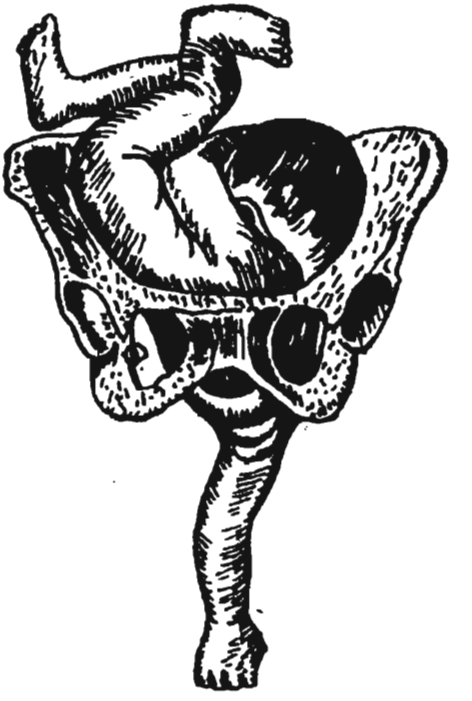
Сув кетганда киндик тизимчасини қинга тушиши ҳам оғир патологик ҳолат ҳисобланади. Ҳомила олди сувининг олдин кетиб қолишига сабаб: ҳомила боши билан туғилганда ҳомила бошида тақалиш камари вужудга келиши натижасида қоғоноқ суви олдинги ва орқа сувга бўлинади бунда киндик тушиши учун шароит бўлмайди деб айтиб ўтган эдик. Агар туғруқдан олдин бачадон ичидаги босим 20 мм симоб устинига тенг бўлса, туғруқ жараёнида 50 мм симоб устинига, бачадон қисқарганда эса 95 мм симоб устинига тенг бўлади. Ҳомила кўндаланг ётганда тақалиш камари бўлмагани учун қоғоноқ пардаси бу босимга бардош бера олмай ёрилиб, ҳомила олди суви кетиб қолади ва дарднинг кучли таъсирида ҳомила кўндаланг ётишнинг ўтиб кетган ҳолатида бўлиб қолади.

ҲОМИЛА КЎНДАЛАНГ ЖОЙЛАНИШИНИНГ ЎТИБ КЕТГАН ҲОЛАТИ

Бунда қоғоноқ ёрилгандан кейин ҳомила олди суви кетиб қолади ва кучли дард таъсирида ҳомила бачадоннинг пастки сегментига қўзғалмайдиган бўлиб жойлашиб олади.

Ҳомиланинг орқа умуртқаси қайрилиб, елка камари чаноқнинг кириш қисмига суқилиб қолади. Ҳар сафар дард тутганда ҳомила кичик чаноқнинг кириш қисмига елкаси билан чуқурроқ тиқилиб кира боради, шундай қилиб ҳомиланинг кўп қисми бачадоннинг чўзилиб ва кенгайиб таранглашган пастки сегментига жойлашади. Натижада кўндаланг ва қийшиқ ҳолатнинг ўтиб кетган тури вужудга келади (67-расм). Дард тутиш шу ҳолатда давом этаверса бачадон мускулларида тетаник қисқариш бошланади. Бу Бандель белгиси деб аталади. Қорин девори орқали бача-

дон кўриниши иккига бўлиниб туради (қум соат, 8 рақами каби). Ретракцион ҳалқа киндик соҳасига ёки ундан юқорига кўтарилиб қийшиқ ҳолда жойлашади. Бачадоннинг бундай шаклга киришига сабаб, пастки сегмент — бачадоннинг нофаол қисми кенгайиб, фаол қисми эса торайиб, ҳомила нофаол қисмга жойлашган бўлади. Ҳомилани қимирлатишни иложи бўлмайди. Чунки у қаттиқ суқилган ҳолатда бўлади. Ретракцион ҳалқа юқорида айтиб ўтганимиздек бачадонни фаол ва нофаол қисмларининг ажратувчи чегара ҳалқа ҳисобланади. Унинг жойлашиш ҳолати бачадоннинг пастки сегменти ҳаддан ташқари кенгайиб кетганидан далолат беради. Бачадоннинг думалоқ бойлами (lig. roundum) айниқса чап томондагиси бир оз сурилган ҳолда таранг тортилади. Бу белгилар ҳомиланинг ўтиб кетган ҳолатини билдиради.



67-расм. Кўндаланг ҳолатнинг ўтиб кетган тури

М.С.Малиновскийнинг фикрича ҳомиланинг ўтиб кетган ҳолатини аниқлашда қуйидаги бешта белгига амал қилмоқ керак:

1) ҳомила қўзғалувчанлигини бутунлай йўқотган;

2) ҳомиланинг елкаси чуқурга тиқилиб, қўзғалмайдиган бўлиб қолган. Унинг қўли тушиб шишган ва кўкарган;

3) ҳомиланинг кўкрак қисмини елка камари билан пастга, кичик чаноқнинг кириш қисмига суқилиши натижасида елканинг иккинчи қисми бирмунча юқорироққа кўтарилган бўлади;

4) бачадон бўйни кучли равишда юқорига тортилади;

5) қин ҳаддан ташқари торайган, чунки қин ҳомилани пастга тушган қисми билан тўлган.

Ҳомиланинг кўндаланг ётганини ўтиб кетган ҳолатида туғаётган аёл бетоқат бўлади, у қорин пастидаги кучли оғриқдан шикоят қилади. Томир уриши тезлашади. Бачадоннинг пастки сегментидаги оғриқ зўрая бориб, ҳомила нобуд бўлади.

Бу вақтда тезда акушерлик ёрдами кўрсатилмаса бачадон ёрилиши мумкин. Аёл оғриқнинг зўридан қаттиқ қичқириб юборади. Баъзан аёл қорнида бир нарса йиртилганини айтади, аҳволи бирданига оғирлашади (жароҳат ва қон кетиш шоки). Аёлнинг ранги докадек оқариб кетади, томир уриши секинлашади, қон босими пасайиб кетади, қиндан қон кела бошлайди. Асосий қон қорин бўшлиғига оқади. Ҳомила қорин бўшлиғига чиқади, шунинг учун қорин ҳолати ўзгаради. Бачадон энди қисқармагани учун қорин пастида илгаригидек оғриқ бўлмай аёл гўё тинчигандек бўлади. Гентер буни: "кучли бўрондан кейинги тинчлик" деб айтади.

Дарҳақиқат аёлнинг тинчигани яхшилик аломати бўлмай, шок белгисидир. Агар бундай ҳолатда керакли ёрдам чоралари кўрилмаса аёл ҳалок бўлиши мумкин. Баъзи ҳолларда ҳомила кўндаланг ётганда туғруқ оқибати бошқача бўлиши ҳам мумкин. Бунда туғруқ кучининг иккинчи сустлиги вужудга келиб, туғруқ тўхтайди, бачадон деярли қисқармай қўяди. Туғруқ йўллари очиқ бўлгани учун агар ўз вақтида керакли ёрдам берилмаса юқорига кўтарилувчи инфекциянинг авж олиши натижасида септик ҳолат вужудга келади (эндометрит, перитонит, сепсис ва бошқалар).

ТУҒРУҚНИ БОШҚАРИШ

Ҳомиланинг кўндаланг ва қийшиқ ётганлигини ҳомиладорликнинг 7-8 ойларида аниқлаш мумкин. Чунки бунда эрта муддатларда ҳомила қўзғалувчан бўлиб, ўз ҳолатини тез-тез ўзгартириб туриши мумкин. Агар аёл ҳомиланинг катта қисми жойлашган ёнбошида кўпроқ ётса унинг кўндаланг ҳолатдан бўйлама ҳолатга ўтишига ўнғайлик туғдира-

ди. Агар ҳомила боши чап томонда, думбалари эса бачадоннинг ўнг бурчагида бўлса, ҳомиладор чап ёнбоши билан ётиши керак. Агар ҳомила қийшиқ ёки кўндаланг ҳолатда қолаверса ҳомиладорликнинг 35 ҳафтасида аёл туғруқхонага ётқизилади. Баъзи муаллифлар шу муддатда туғруқхона шароитида ҳомилани ташқаридан (қорин девори орқали) айлантиришни тавсия этадилар (68-расм). Бундай айлантириш ҳамма вақт ижобий натижа беравермайди. Бунда оғир асоратлар юзага келиши, хусусан йўлдошнинг вақтдан илгари кўчиши, киндик тизимчаси ҳомила танаси ёки бўйнига ўралиб қолиши, агар тизимчада тугун бўлса, у маҳкам боғланиб қолиши натижасида ҳомила нобуд бўлиши мумкин. Қоғоноқнинг ёрилиб кетмаслиги, қоғаноқ сувини сақлаш мақсадида туғруқнинг биринчи давридаёқ аёлни каравотга ётқазиб қўйиш керак. Бунда ҳомиладорга туришга руҳсат этилмайди. Аёл каравотда ҳомиланинг боши ёки думбаларини чаноқнинг кириш қисмига яқин турган ёнбоши билан ётиши керак (бунда ҳомила боши ёки думбаси билан чаноқнинг кириш қисмига яқинлашиши мумкин).



68-расм. Ҳомилани ташқаридан буриш (айлантириш) амали.

Бачадон бўйни тўла очиқ бўлиб, ҳомила кичкина бўлса ва чаноқ тор бўлмаса қоғоноқ пардасининг ўз-ўзидан ёрилишини кутмасдан, уни эҳтиётлик билан ёрилади. Бунинг учун қўлни қинга киргизиб, қоғаноқни игна билан тешилади, қўлни муштум қилган ҳолда қинда тутиб туриб, қоғоноқ сувини аста-секин, қисман туширилади (агар акушер сувни қўлини муштум қилиб чиқазмаса, сув бирданига кўп тушиб кетиши мумкин). Кейин ҳомилани олиб чиқиш учун қўлланиладиган операцияларидан (ҳомилани айлантириб олиб чиқиш, ўлик бўлса эмбриотомия) фойдаланилади.

XV БОБ

ҲОМИЛА БАЧАДОНДА НОТЎҒРИ ЖОЙЛАШГАНДА УНИ ТЎҒРИЛАШ (VERSIO OBSTETRICA)

Бачадонда нотўғри жойлашганда ҳомилани тўғрилаш операцияларига қуйидагилар киради:

1) ташқаридан — қорин девори орқали айлантириб тўғрлаш (профилактик усул);

2) бачадон бўйни тўла очиқ бўлиб, ҳомила ва чаноқ ўлчамлари мос бўлганда айлантириш (классик усул); Бунда ҳомилани айлантириш билан бирга, олиб чиқилади ҳам.

3) бачадон бўйни 2—$2^1/_2$ бармоқ энига очиқ бўлганда, ҳомила айлантирилади, аммо олиб чиқилмайди. (Брегкстон-Гикс усули).

Акушерликда ҳомилани айлантиришдан мақсад туғруқ жараёнини енгиллаштириш ва баъзи бир патологик ҳолатларда йўлдош олдин келганда, киндик тизимчаси тушганда ва бошқаларда ёрдам бериш мақсадида ҳомилани тик ҳолатга — бошига ёки чаноғига ўтказишдир.

ҲОМИЛАНИ ТАШҚАРИДАН (ҚОРИН ДЕВОРИ ОРҚАЛИ) АЙЛАНТИРИШ

Айтиб ўтганимиздек, ҳомилани ташқаридан айлантириш фақат қорин девори орқали бажарилади. Операцияни бошлашдан олдин қовуқ ва ичаклар бўшатилади. Ҳомиланинг ётиш ҳолати ва юрак уришини текшириб, кейин операцияни белгилаш керак. Бу хилдаги операция фақат ташқаридан, қорин девори орқали бажарилади. Бунинг учун асосий кўрсаткичлардан:

1) ҳомилани кўндаланг ёки қийшиқ жойлашгани;

2) чаноқ билан олдин келгани;

3) ҳомила бошининг кички чаноқнинг кириш қисмида нотўғри жойлашгани (асинклитик ҳолати, пешонаси билан ёки олдинги кўринишда юзи билан келганда).

Асосий шароитлардан:

1) ҳомиладорлик муддати 35-36 ҳафталигида;

2) ҳомила етарли қўзғалувчан бўлганда;

3) бачадон ва қорин девори таранг бўлмаганда;

4) ҳомилани қандай жойлашгани аниқ бўлганда;

5) қоғоноқ бутун ёки ёрилганига кўп вақт бўлмаган ҳолларда. Бу хилдаги операциялардан фойдаланиш мумкин бўлмаган ҳолатлар:

1) аввалги ҳомиладорликни вақтдан илгари тўхтаган бўлиши (анамнезга асосланган ҳолда);

2) озгина бўлса ҳам қон кетаётган бўлса;

3) илгари кесарча кесиш операцияси қилинган бўлса;

4) гистоз, сурункали нефрит, юрак томир касалликлари, юрак пароги, чаноқ соҳасидаги ўсмалар, қон айланишини бузилган ҳолларида:

5) бачадонда рефлектор қўзғалиш ошган бўлса;

6) диагонал коньюгата 2 см дам кам бўлганда;

7) кўп сув, кўп ҳомилали ҳомиладорликда;

8) гидроцефалияда.

Кўп муаллифлар бу операцияни фақат стационарда эмас балки аёллар маслаҳатхонаси шароитида ҳам қилиш мумкин деб ҳисоблайдилар. Лекин маслаҳатхонада қилинганда аёл 2 соат врач назоратида бўлиши керак. Бу вақт давомида врач ҳомиланинг юрак уришини ва аёлнинг умумий аҳволини кузатиб туради.

ОПЕРАЦИЯ ҚИЛИШ ТЕХНИКАСИ

Бу хилдаги операцияни қилишда жуда эҳтиёткорлик талаб қилинади. Операцияни қўполлик билан олиб бориш ярамайди. Айлантириш жараёнида аёл оғриқ сезмаслиги керак.

Бунда аёл оёғини тизза ва сон бўғимларида буккан ҳолда қаттиқ каравотга чалқанча ётқизилади. Олдин ҳомилани юрак уришини эшитиб кўрилади. Врач ҳомилага юзи билан қараган ҳолда, унинг ўнг томонига ўтиради. Операцияни Б. А. Архангельский усули бўйича, ҳомилани ётиш ҳолати (позициясини) аниқлагач бажарилади. Бундан ташқари Виганда усули ҳам бор.

Ҳомила қийшиқ ва кўндаланг жойлашганда Б.А.Архангельский усули бўйича ҳомиланинг барча кўриниши ва ҳолатига (позиция) амал қилган ҳолда думбаларни ҳомиланинг орқа томони билан бош томонга, бошини эса ҳомиланинг қорин девори томонига айлантирилади. Бунинг натижасида ҳомила олди кўринишида бўлиб қола-

ди. Б.А.Архангельскийнинг айтиши бўйича ҳомиланинг майда қисмлари ва бошининг жойлашиш ҳолати бузилмайди. Ҳомила олдинги кўринишда кўндаланг ётиб, унинг орқаси бачадон тубига қараган бўлса, ҳомила боши чаноқнинг кириш қисми томон сурилади, уни ёни ва орқасидан ушлаган ҳолда пастга ва олдинга сурилади (I позиция ҳолатда ўнг ёнбош соҳаси II ҳолатда эса чап ёнбош соҳаси томон сурилади).

Б.А.Архангельскийнинг фикрича врач баъзан ҳатога йўл қўйиши мумкин. Ҳомила олдинги кўринишда кўндаланг ётган бўлиб, ҳомиланинг орқаси чаноқнинг кириш қисмига қараган бўлса, врач ҳомилани айлантиришда ҳомила бошини тўғридан-тўғри чаноқнинг кириш қисмига йўналтиради, бунда ҳомила боши очилиб қолиб, бу айлантириш операциясини анча мураккаблаштириб юборади.

Ҳомила кўндаланг ёки қийшиқ олдинги кўринишда, орқаси билан чаноқнинг кириш қисмига қараган ҳолатда бўлса, бунда ҳомилани 270° га айлантирилади. Олдин ҳомила бошини она қовурғаси томон, думбасини чаноқнинг чиқиши томон сурилади. Кейин думбадан бошга айлантирилади.

Ҳомила орқа кўринишда кўндаланг ёки қийшиқ ётган, орқаси билан чаноқнинг кириш қисмига қараган бўлса, бунда ҳам 270° га айлантирилади.

Бунда киндикдан узоқлашмасдан қовуқ остига йўналтириш керак. Шунда ҳомила думбаси чаноқнинг кириш қисмида ва орқа кўринишда бўлиб қолади. Ҳомила боши қорин деворига яқин жойлашган бўлади. Агар ҳомила боши бу ҳолатда бўлмаса у қовурға остида бўлиб қолади, натижада айлантиришнинг сўнги босқичида бошига айлантиришда катта қийинчиликка дуч келинади. Ҳомилани айлантириб бўлгандан кейин уни турғунлигини сақлаш учун Б.А.Архангельский махсус бандажни тавсия этади. Бу 10 см кенгликдаги лента бўлиб буни онанинг киндик соҳасига ёки ундан бир оз пастга кийгизилади. Бундай бандажни аёл операциядан кейин 1-2 ҳафта давомида тақиб юриши керак.

Агар бандаж бўлмаса, 2 та сочиқни буклаб ўраб ҳомилани ҳар икки томонига қўйиб, дока билан бойлаб қўйилади.

Виганда усулига кўра врач ҳар икки кафтини ҳомиладор аёл қорнига қўяди. Бунда унинг бир қўли ҳомила бошини, иккинчи қўли эса думбасини ушлаган ҳолда бўлади. Бунда ҳомиланинг боши билан думбасига бир вақтда таъсир қилиб, аста-секин айлантирилади, ҳомилани вертикал (тик) ҳолатга келтирилади. Бунда ҳомила боши чаноқнинг кириш қисмида, думбаси бачадон тубида бўлиб қолади.

Агар шу айлантириш жараёнида бачадон рефлектор равишда қисқара бошласа, дарҳол операцияни тўхтатиш керак ва айлантириш жараёнидаги ҳолатда сақлаб туриш керак. Акс ҳолда ҳомила ўзининг асли ҳолига қайтади. Бачадон тўла бўшагандан кейин айлантиришни давом эттириш керак.

ҲОМИЛА ЧАНОҚ ҚИСМИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛГАНДА БОШИГА АЙЛАНТИРИШ

Бу усул деярли қўлланилмайди. Асосан ҳомилани бошига айлантириб нормал физиологик ҳолатда туғруқ таъминланади. (Операция усули Б.А.Архангельский бўйича).

Бунда ҳомилани оёқ ва чаноқ қисмидан ушлаб уни орқаси томонга қарама-қарши ҳолатга айлантирилади. Дастлаб думбаларидан ушланиб сўнг чаноқнинг чиқиш қисмидан узоқлаштирилади. Думбалар чаноқнинг чиқиш қисми устида турганда, уни ҳомила ҳолати томонга сурилади. Айлантиришда бошни олдин суришни маслаҳат берилмайди, чунки акушер қўли қовурға остида жойлашган бўлади. Бунда ҳомиланинг чаноқ қисми ва думбасига таъсир қилиб у чаноқнинг кириш қисмига тушиб қолади, натижада унинг қўзғалишига қаршилик кўрсатади. Ҳомила бошини, фақат унинг думбасини чаноқнинг чиқиш қисмидан четга (ёнбошга) сурилгандан кейингина суриш мумкин. Биринчи ҳолат (позиция)да ҳомила бошини чап қўл билан энса чуқурчаси соҳасидан ушлаб аста энса соҳаси билан онанинг ўнг томонига сурилади (позицияга тескари). Бунда ўнг қўл билан думбани чап ёнбош суяги соҳасида ушлаб турилади ва уни бачадоннинг чап девори бўйлаб ҳолатига мослаб юқорига кўтарилади.

Айлантирганда ҳомила боши энса қисми билан туришга аҳамият бермоқ керак. Ҳомила боши чаноқнинг кириш

қисмида бўлганда акушер қўлини онанинг ён томонига ўтказиб, бачадонни ҳар икки томонидан ва бир неча маротаба киндикдан орқага бир оз босади, шундай йўл билан ҳомиланинг майда қисмларини таъбий ҳолатда туғдириб олиш мумкин.

Олдинги кўринишда, айниқса ҳомила орқаси ўрта чизиққа яқин жойлашган бўлса, ҳомила бошини ушлаш анча қийин бўлади, чунки бунда ҳомила боши қовурға остида юзи билан орқа умуртқа томонга қараган бўлади, шунинг учун уни қўл билан ушлаб олишда қийинчилик туғилади.

Агар ҳомила орқа кўринишда бўлса уни айлантириш осон бўлади, чунки ҳомила боши онанинг қорин деворига қараган ҳолатда бўлгани учун ушлаб олишда қийинчилик туғилмайди.

ҲОМИЛАНИ ТАШҚАРИ ВА ИЧКАРИДАН КОМБИНАЦИЯ (КЛАССИК) УСУЛДА ОЁҒИГА АЙЛАНТИРИШ (VERSIO FOETUS IN PEDUM)

Ҳомилани бу хилдаги айлантириш операцияси эрта айлантиришдан (бачадон бўйни тўла очилмай 4-6 см очилганда Брегкстон-Гикс усули) фарқ қилади. Эрта айлантиришда ҳомилани айлантириб бўлгандан кейин уни туғдирилмайди. Оёғи жинсий ёриқдан тизза бўғимигача чиққач, унга 300-350 грамм келадиган юк осиб қуйилади. Классик айлантиришда эса бачадон бўйни тўла очилганда ҳомилани айлантириб олиб чиқилади. Шунга кўра бу ҳар икки операция бир-биридан фарқ қилади. Классик операция қилиш кўрсаткичлари:

1) ҳомила кўндаланг ётганда. Маълумки ҳомила кўндаланг ётганда мустақил туғилиши мумкин эмас, агар ўз вақтида ҳомила айлантирилмаса онада ҳам ҳомилада ҳам оғир патологик ҳолатлар бўлиши мумкин;

2) ҳомила боши чаноқнинг кириш қисмида нотўғри турганда. Хусусан пешонаси, юзи билан олдинги кўринишда бўлганида бошининг ўқ-ёйсимон чоки билан юқорида нотўғри ўлчамда турганда ва бошқа ҳолатларда чаноқ ўлчамлари нормал бўлганига қарамасдан туғруқ нормал кечмайди ва оғир мураккабликлар бўлади;

3) ҳомила боши билан келганда киндик ҳалқаси ёки оёғи тушиб қолганда;

4) она ва ҳомиланинг ҳаёти хавф остида бўлганда агар кесарча кесишнинг иложи бўлмаса, унда бу хилдаги операциядан фойдаланилади.

Она ва ҳомила учун хавотирли ҳолатларда, юрак ва ўпка касалликлари, эклампсия, йўлдошнинг вақтдан илгари кўчганида бачадон бўйни тўла очиқ бўлиб чаноқнинг ўлчамлари ҳомилага мос бўлганда.

ОПЕРАЦИЯГА МОНЕЛИКЛАР:

1) ҳомиланинг ўтиб кетган кўндаланг ётишида;

2) бачадон йиртилиш ҳавфи бўлганда, йиртила бошлаганда ва йиртилганда;

3) чаноқ ўлчами билан ҳомиланинг бош ўлчами тўғри келмаганда. Умуман бу турдаги операцияни К.М.Жорданиани айтганидек, фақат ҳомила тирик бўлганда қўллаш мумкин.

М.С.Малиновский ва бошқалар ҳомила боши билан келганда ва ўлик бўлса бу турдаги операцияни қўллашни маслаҳат бермайдилар.

И.И.Яковлев ҳомила қандай ҳолатда бўлишидан қатъий назар бу турдаги операциядан фойдаланиш мумкин деб ҳисоблайди.

Бизни фикримизча ҳомила тирик бўлганда бу операциядан фойдаланиш мумкин, чунки бунда ҳомилани айлантирибгина қолмай уни олиб ҳам чиқилади. Бундан асосий мақсад ҳомила тирик олиниб ва яна ҳеч қандай асоратлар қолмаслиги таъминланади. Бундан ташқари йўлдош барвақт тўла ўрнидан кўчганида, агар чаноқ ўлчами ҳомилани олиб чиқишга имконият берса ва бачадон бўйни тўла очиқ бўлса, аёлда кесарча кесиш операциясини қўллашга моънелик бўлмаса, бу операциядан фойдаланилади.

Асосий шароитлардан: 1) ҳомила бачадон ичида қўзғалувчан бўлиши. Бунда олдинда келувчи қисмни итариб ва қўл билан бачадонга кириб ҳомилани айлантириш мумкин бўлиши керак. Бунинг учун бачадон бўйни очилишининг охири ёки тўла очилиши энг қулай шароит ҳисобланади.

2) қоғоноқ суви бутун ёки яқинда кетган бўлиб, лекин ҳомила боши чаноқнинг кириш қисмига суқилмаган бўлса. Бундай ҳолат кўпроқ қайта туғувчиларда кузатилади. Биринчи туғувчиларда ҳомила боши туғишдан бир ой олдин чаноқнинг кириш қисмига яқинлашиб суқила бошлаган бўлади;

Бундан ташқари, биринчи туғувчиларнинг бачадони анча тарангроқ бўлгани учун бу операцияни бажариш анча қийин бўлади. Шунингдек бу хилдаги операция онанинг ҳаётига хавф соладиган бўлса, мутахассис врач ҳомиланинг ҳам ҳаётини сақлаб қолиш учун бу операциядан фойдаланиши мумкин. Агар операция қилиш жараёнида бирор қийинчилик туғилса, врач буни тўхтатиб бошқа туғруқ усулларидан фойдаланиши керак. Баъзи ҳолларда бачадон бўйни очиқ бўлишига қарамай ҳомилани айлантириш жараёнида оғир ва қўпол ҳаракат қилиш, айниқса бачадоннинг шу соҳаси қитиқланиши натижасида ички тешик сиқилиб қолади. Бунда айлантириб олиб чиқиш учун шароит бўлмайди:

3) бачадонни қисқартирувчи препаратлар ўринсиз ишлатилганда ҳам бачадон бўйни сиқилиб қолишини кузатиш мумкин. Чаноқ тор бўлмаслиги (Conjugata interba 8,5 см дан кам бўлмаслиги) керак. (Малиновский бўйича).

4) бачадон бўйни тўла очиқ бўлиши керак. Бачадон бўйни тўла очилмаганда ҳомилани айлантириб, кейин чиқаришга уринилса бачадон бўйни хатто бачадон йиртилиши мумкин, ҳомила бошининг бачадон бўйни каналида сиқилиб қолиши оғир асоратларга олиб келади.

Ҳомилани айлантиришга монеликлар:

1) бачадон йиртилиши хавфи бўлганда:

2) ҳомила бачадонда (қоғоноқ суви кетиб қолганда) зич ётиб қўзғалмайдиган бўлганда;

3) кўндаланг ётишнинг ўтиб кетган ҳолатида;

4) ҳомила бошини чаноқнинг кириш қисмига зич суқилиб қолган ҳолатларида;

5) гидроцефалияда;

6) ҳомила ўлик бўлиб, тик жойлашган бўлса уни бошига айлантириш шарт эмас, уни оёғидан тортиб туғдириш керак.

Агар ҳомила ўлик ва кўндаланг жойлашган бўлса, бунда уни айлантириб, бошини перфорация қилиб олиш мумкин. Бу турдаги операцияга қуйидагича тайёргарлик кўрилади:

1) аёл оёқларини сон ва тизза бўғимларидан буккан ҳолда чалқанча ётқизилади. Бунда қорин деворининг мускуллари бирмунча бўшашади;

2) акушер ўрта чизиқдан бироз четда (агар ҳомиланинг оёқлари ўнгда бўлса акушер чапроқда) турган ҳолда ёрдам беради.

3) аёлни қинда ўтказиладиган операцияларга ўхшаб тайёрланади, ташқи жинсий аъзолар соҳасини, соннинг ички юзасини ювиб кейин спирт ва йод суртилади.

Бундан ташқари, қорин девори ҳам яхшилаб дезинфекция қилинади. Чунки комбинирланган усул бўйича ҳомилани айлантиришда бир қўл билан қин орқали, иккинчи қўл билан қорин девори орқали ҳаракат қилинади.

4) сийдик қопи ва тўғри ичак тозаланган бўлиши (сийдикни чиқазиб, ичакларни тозалаш учун ҳуқна қилинади, кейин операция хонасига олинади) керак.

Ҳомилани айлантириш операциясини умумий наркоз остида олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

Операция усули. Операциядан олдин ҳомиланинг бачадонда қандай жойлашганини, оёғи онанинг қайси томонидалигини (позицияси) аниқ билиб олинса, унинг оёғини топиш осон бўлади.

Юқорида айтиб ўтганимиздек врач ташқаридаги қўли билан ҳомилани айлантириш жараёнида; унинг олдинда келган қисмини юқорига суради бу билан бачадонни ортиқча юқорига кўтарилишига йўл қўйилмайди. Агар бачадон ортиқча юқорига сурилса унинг юпқалашиб кетган пастки сегменти ортиқча тортилиб йиртилиш хавфи туғилади.

Шунингдек ташқаридаги қўл ҳомилани чаноқ қисмини хусусан оёғини бачадон ичидаги қўлига яқинлаштиради. Классик усулда ҳомилани 3 босқичда айлантирилади.

1) қўлни бачадонга киритиш.

2) оёқни ёки оёқларни топиб ушлаб олиш;

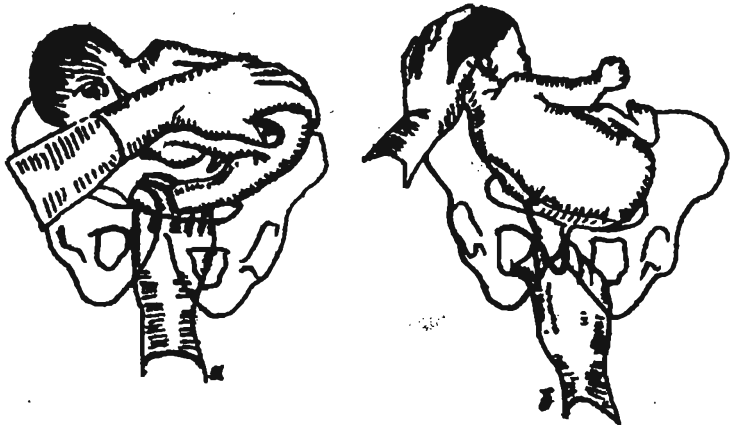
3) ҳомилани айлантириш.

Айлантириб бўлгандан кейин, ҳомилани туғруқ йўлидан олиб чиқилади. Ҳомилани айлантириш учун бачадонга киритиладиган қўл билан ҳомила оёғини ушлаб олиш осон бўлиши учун ҳомиланинг ҳолати (позицияси)га риоя қилинади.

Одатда, ўнг қўл яхши ёрдам берса ҳам, ҳомиланинг майда қисмларини топиш учун қайси қўл қулай бўлса, ўша қўл ишлатилади.

Агар ҳомила кўндаланг ётган бўлса (албатта маълум шароит бўлганда), бачадон ичига ҳомиланинг думба қисмига мос қўлни киритилади. Бунда оёқлар жойлашган томонга нисбатан қарама-қарши киритилади. Биринчи ҳолатда (ҳомила боши чапга қараган бўлса) акушернинг туриш ҳолатига нисбатан чап қўлни, иккинчи ҳолатда (ҳомила боши ўнгга қараган бўлса) ўнг қўлни киритилади. Ҳомила тик жойлашган бўлса, бунда ҳам акушернинг туриш ҳолатига қараб ҳомиланинг майда қисмлари жойлашган томонга киритилади. Бунда биринчи ҳолатда чап, иккинчи ҳолатда ўнг қўлни киритилади.

Ҳомила битта ёки ҳар икки оёғидан ушлаб айлантирилади. Кўпинча битта оёқни ушлаб айлантирилади (69-расм). Битта оёқни ушлаб айлантиришда баъзи акушерлар хусусан Н.Н.Феноменов ва бошқалар учраган оёқдан ушлаб айлантириш мумкин деб ҳисоблайдилар. Шунинг-



69-расм. Кўндаланг ётган ҳомилани оёғига айлантириш.
а-пастда ётган оёқни ушлаш; б-шу оёқни пастга тушириш.

дек ҳомилани айлантирганда, у олдинги кўринишда бўлиб қолиши кераклигини унутмаслик зарур. Шуни ҳисобга олган ҳолда ҳомиланинг қайси кўринишда эканлигини аниқлаб, кейин айлантиришга киришиш керак. Агар ҳомила кўндаланг ётганда олдинги кўринишда бўлса, унда пастки оёқлари, орқа кўринишда бўлса юқоридаги оёғидан ушланади. Мана шунда ҳомилани олдинги кўринишда олиб чиқиш мумкин бўлади.

Агар истаган оёқни ушлаб айлантирилса турли асоратларни кузатиш мумкин. Маълумки, ҳомила оёқлари билан келганда агар олдинги оёғи чаноқнинг кириш қисмига жойлашса орқадаги оёқ бут остидан чиқади, агар орқа оёқ жойлашса унда олдинги оёқ симфиз устида тутилиб қолади, натижада туғиш жараёни бузилади. Бундан ташқари, оёқларни танлаб ўтирмасдан тўғри келган оёқни ушлаб тортсак ҳомила орқа кўринишда бўлиб қолиши мумкин.

Агар ҳомила тик ҳолатда боши билан чаноқнинг кириш қисмига жойлашган бўлиб, уни оёғига айлантириш режалаштирилган бўлса, унда олдинда жойлашган оёқдан ушлаб айлантирилади ва туғдирилади (бу усулдан кўп фойдаланилмайди).

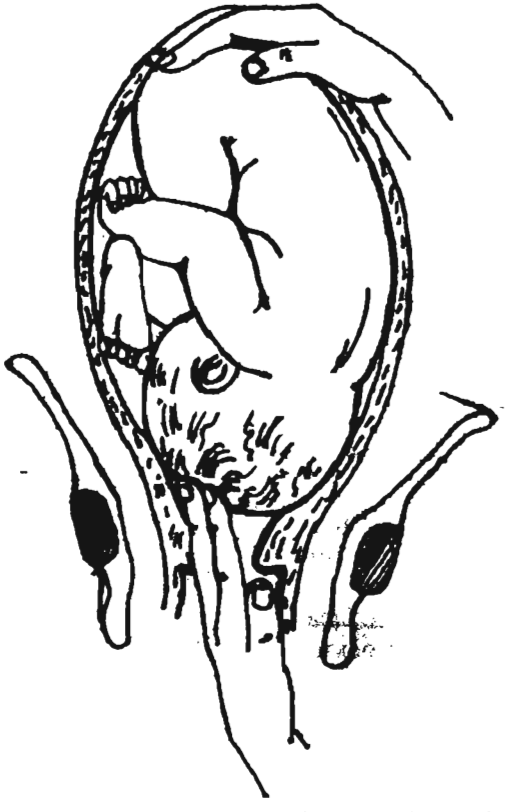
Бу усулдан ташқари, ҳомила бачадонда кўндаланг жойлашганда, уни айлантириб туғдиришнинг немс ва француз усуллари ҳам бор.

Немслар таклиф қилган усулга кўра ҳомила оёқларини қидириб ўтирмай учраган оёғидан ушлаб айлантирилади. Француз усулида эса ҳомилани бачадонда жойлашган ҳолати аниқланиб, сўнгра унинг бош томонга қўлни киритиб, елка бўғими ва пастдаги қўлтиқ ости чуқурчасини топилади (бунда агар қўлтиқ ости ўнга қараган бўлса биринчи ҳолатни, агар ҳомила биринчи ҳолатда олдинги кўринишда (орқаси билан онасини қорин деворига қараган бўлса) ётган бўлса, пастки оёқни, орқа кўринишда бўлса юқоридаги оёқни ушлаб айлантирилади. Иккинчи ҳолатда ҳам шу йўсинда оёқларни танлаб айлантирилади. Айлантирганда ҳомилани олди кўринишда туғилишини таъминлаш керак.

Француз усулини афзаллиги шундаки бунда албатта ҳомилани олдинги кўринишда туғилишига эришилади.

ҚОҒОНОҚ ПАРДАСИ ЁРИЛМАГАН ҲОЛДА, ҲОМИЛА БОШИ БИЛАН КЕЛГАНДА КЛАССИК УСУЛДА АЙЛАНТИРИШ

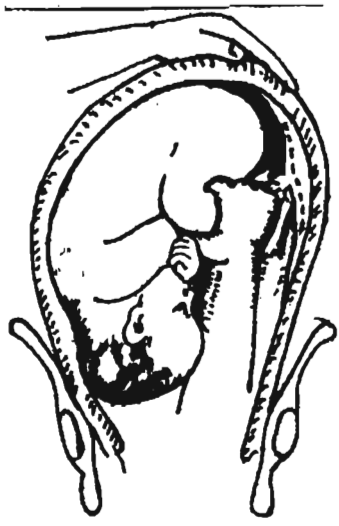
Бу тўрт босқичдан иборат бўлиб, биринчи босқичда қўлни қинга киргизишда бармоқлар учи бир-бирига теккан ҳолатда (акушер қўли) бўлади. Акушер бошқа қўли билан жинсий йириқни очади. Ичкарига киргизилган қўлни дард тутмаган вақтда қинга, чаноқнинг тўғри ўлчамига мослаб, кейин винтга ўхшаб ҳаракат қилиш билан бачадон бўйнининг ички тешигига киргизади. Ичкаридаги қўлни чаноқнинг чиқиш қисмини тўғри ўлчамидан кўндаланг ўлчамига ўтказилади, бунда қўл кафти орқага қараган ҳолатда бўлади (70-расм)



70-расм. Оёққа айлантириш (биринчи босқичи).

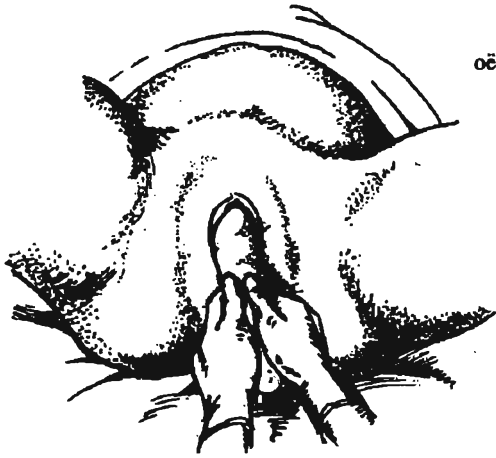
Ташқаридаги қўлни бачадон тубига қўйиб, ички қўлни бачадон ичига киритилади ва қоғоноқ пардасини ёриб, ҳомилани айлантиришни қоғоноқ бўшлиғида бажарилади. Акушернинг қўли бачадон деворига тегмайди, бунда инфекция кириш хавфи камроқ бўлади.

Операциянинг иккинчи босқичида ҳомилани оёғи топилиб ушланади. (71-расм). Бунда бачадон ичидаги қўл билан олдинда келувчи қисм бир чеккага сурилади, бу иккинчи босқичдаги энг зарур омиллардан биридир. Олдинда келувчи қисм бош бўлса уни орқа томонга, кўндаланг ҳолат бўлса елкани қўл билан ушлаб, асталик билан бош томонга сурилади, (бу операцияда ташқаридаги қўл олдинда келувчи қисмни ёнга суришга кўмаклашади) оёқларни қидириб топиш ва қайси оёқни олиш ҳақида юқорида айтиб ўтдик. Агар қўлни билмасдан оёқ деб ушлаб олинса, бунда бармоқларнинг узун ёки калталиги ва бош бармоғини очилиши қўлдан ажратишга имкон беради. Бу усул деярли кўп қўлланилмайди. Баъзан ҳомилани айлантириш жараёнида киндик тизимчасини қисиб олиш хавфи туғилади. Шунга эҳтиёт бўлиш керак. Оёқларни қидирганда акушернинг ташқаридаги қўли ҳомиланинг чаноқ қисмини ушлаган ҳолда бўлиши ва уни ички қўл томонга йўналтириши керак. Ҳомиланинг кўндаланг ётганидан кўра боши билан келганда уни айлантириш анча қийин. Бунда қўлни бачадонга анча чуқурроққа киритиш керак бўлади.



71-расм. Ҳомила боши билан келганда оёғидан ушлаб айлантириш (иккинчи босқичи).

Шунинг учун қўлларни тирсак бўғимигача дезинфекция қилиш лозим. Оёқни топгандан кейин, уни қўлнинг икки бармоғи билан тўпиғи соҳасидан қайчи каби ушлаб ёки қўл кафти орасига олиб, тўпиқ юқорисидан ушлана-



72-расм. Ҳомилани оёғидан тортиб туғдириш.



73-расм. Ҳомилани човидан ушлаб туғдириб олиш.

ди. Кафт сатҳи билан ушлаганда ҳомила оёғи осон сирғанади. Бундан ташқари акушернинг қўли унчалик толиқмайди, аммо ҳомиланинг болдир суягининг синиш хавфи бўлади. Бунинг олдини олиш учун ичкаридаги қўлнинг катта бармоғи болдир мускули бўйлаб айланиб унинг учи тизза бўғими чуқурчасига тегиб туради, қолган бармоқлари болдирнинг олдинги сатҳида жойлашади (72-расм). Учинчи босқичда, ҳомила айлантирилади, бунда у ўз ўқи атрофида айлантирилади. Бу жараён дастлаб олдинда келувчи қисмни юқорига суриш ва думбаларни пастга суриш билан биргаликда олиб борилади. Акушер бачадон

ичидаги қўли билан оёқни ушлаб олганича ташқаридаги қўли бачадон тубида бўлган ҳолда ҳомиланинг чаноқ қисмига ўтказади. Агар шифокор бундай қилмай ташқаридаги қўли билан бачадонни тубидан босиб тураверса оғир асорат юз бериши, яъни ҳомиланинг боши қисилиб қолиши мумкин.

Юқорида айтиб ўтганимиздек қачон тизза бўғими чуқурчаси жинсий тешикдан чиқса ҳомила айланади деб ҳисоблаш мумкин. Шундан кейин агар бачадон бўйни тўла очиқ бўлса ҳомилани туғдириб олиш керак. Бунда ҳомила танаси ва боши туғдирилади (73-расм). Агар бачадон бўйни тўла очиқ бўлмаса унда туғдирилган оёққа (тизза бўғими жинсий йириқдан чиққач) 360-400 г оғирликда махсус асбоб ёрдамида юк осиб қўйилади. Бунда вақт ўтиши билан бачадон бўйни аста-секин очилиб ҳомила туғилади.

ҲОМИЛА БАЧАДОНДА КЎНДАЛАНГ ЖОЙЛАШИБ ҚОҒОНОҚ ЁРИЛМАГАН ҲОЛАТДА ҲОМИЛАНИ АЙЛАНТИРИШДА КЛАССИК УСУЛНИ ҚЎЛЛАШ

Бунда қинга қўлни чаноқнинг чиқиш қисмининг тўғри ўлчами бўйича киритилади. Ҳомиланинг қайси ҳолатда ётганига амал қилган ҳолда биринчи ҳолатда (ҳомила боши чапда) чап қўл, иккинчи ҳолатда (ҳомила боши ўнгда) ўнг қўл киритилади. Кейин қўлни тўғри ўлчамдан кўндаланг ўлчамга ўтказилади. Қўл панжасининг кафт сатҳи орқага қараган, бармоқлар учи олдинга қараган ҳолда бўлади. Аста енгил ҳаракат билан врач панжасини бачадон бўйнининг ички тешигига киритади ҳамда қоғоноқни ёради ва дарҳол ҳомилани айлантиришга киришади. Ҳомила олди суви кўп кетиб қолиши керак эмас. Шунинг учун қинга киритилган қўлни дарҳол муштум қилиб, сув оқимини камайтирилади ва бу билан ҳомилани қўзғалувчанлиги сақланади ҳамда ҳомилани киндик тизимчаси ёки қўлини тушиб кетишининг олди олинади. Акс ҳолда ҳомиланинг қўзғалувчанлиги камаяди. Агар ҳомила боши бачадон бўйнининг ички тешигига яқин бўлса, уни бир томонга суриш керак, кейин ҳомиланинг оёғини қисқа ёки узун йўл (француз ёки немсча усул) билан оёқлари

томон йўналтирилади. Агар қўл тушган бўлса уни бинт билан акушерлик бойламига олиб уни ёрдамчи ушлаб туради, қўлни тўғирлаш ёки ҳомила ўлик бўлса уни олиб ташлаш керак эмас. Оёқларни қидиришда икки усулдан (француз, немс усуллари) бирини танланади, ташқи қўл қорин девори орқали ҳомилани чаноқ қисмини акушер қўли томонига суради. Булардан бири қисқа йўл (немсча йўл). Бунда врачнинг қўли ҳомиланинг қорин томонидан оёқ томонига сурилади ва учраган оёқни ушлаб олинади, бунда туғиш жараёни анча қийин кечиши мумкин. Шунинг учун ҳомилани айлантиришда уни албатта олдинги кўринишда бўлиб туғилишини таъминлаш керак. Шундагина ҳомилани туғдириш анча осон бўлади. Аммо, бу (немсча) усулда учраган оёқни олиб айлантиришда ҳомила орқа кўринишда бўлиб қолиши натижасида оғир ҳолат вужудга келиши мумкин.

Иккинчи усулда (французча усул), акушернинг бачадон ичидаги қўли ҳомила ҳолатини ва кўринишини аниқлаган ҳолда ҳомиланинг тушган қўли билан кўришиб, кафт сатҳини олдинга ёки орқага очилганини аниқлаб, ҳомиланинг қўлтиқ ости чуқурчасини қайси томонга (ўнгга, чапга қараган) очиқ бўлганини ўрганиб, қўлини ҳомилани биқини бўйлаб (олдинги кўринишда пастдаги биқини, орқа кўринишда юқоридаги биқини) оёқ томон йўналиб, шу оёқни олинса ҳомила олдинги кўринишда бўлиб қолади. Бу усулда олдиндан қайси оёқни олишни билган ҳолда, уни ушлаб олинади. Ҳомила оёғини ушлаб олгандан кейин, ташқаридаги қўл билан ҳомила бошини юқорига қараб сурилади.

Юқорида айтганимиздек тизза чуқурчаси жинсий тешикдан чиққандан кейингина ҳомилани айлантириб бўлинди деб айтиш мумкин. Кейин ҳомилани олиб чиқиш операциясини давом эттириш керак.

Агар ҳомила кўндаланг ётган ҳолда орқа кўринишда бўлса, уни айлантириш асосан олдинги кўриниши каби бўлиб, фақат оёқни танлашда фарқ қилади. Ҳомила олдин кўринишда бўлганда пастки оёқ ушланса орқа кўринишда юқори оёқ ушланади. Мана шунда ҳомила олди кўринишга айланади. Ҳомилани туғдириш думбаси билан келгандаги каби бажарилади.

Ҳомилани айлантиришда учрайдиган асоратлар

1. Ҳомилани айлантиришда врач қўпол ҳаракат қилса, бачадон нотўғри қисқариб (tetanus uteri), у нобуд бўлади.

2. Туғруқ йўлларининг юмшоқ қисмлари хусусан бачадон, қинни йиртилиши.

3. Ҳомила қўлини тушиши, (айниқса ҳомила кўндаланг жойлашганда).

4. Киндикни тушиши.

5. Ҳомилани оёғи деб қўлидан ушлаб айлантиришга уриниш.

6. Ҳомила катта бўлиб, уни ҳисобга олмаган ҳолда айлантирилса.

7. Ҳомила олди сувининг кўп кетиб қолиши натижасида унинг қўзғалувчанлигини камайиши.

8. Ҳомилани олиб чиқишда чаноқ ўқига риоя қилмаслик натижасида ҳомилани нотўғри тракция қилиш.

9. Ҳомила боши суқилиб қолган бўлса.

10. Оёқларнинг бир-бирига жуфтлашиб қолиши, айлантиришда қийинчилик туғилиши.

Бу юқорида қайт қилинган барча жараёнлар ҳомиланинг айлантириб туғдириш жараёнида оғир асоратларга сабаб бўлади.

Умуман ҳомилани классик усулда айлантиришда уни бир ҳолатдан иккинчи ҳолатга келтиргандан кейин туғдирилади. Аммо бачадон бўйни тўла очилмай айлантирилганда ҳомилани олиб чиқиш асло мумкин эмас. Чунки бачадон бўйни ҳомилани туғилиши учун ҳали тайёр бўлмайди.

БАЧАДОН БЎЙНИ ТЎЛА ОЧИЛМАЙ ТУРИБ ҲОМИЛАНИ ЭРТА АЙЛАНТИРИШ ОПЕРАЦИЯСИ (БРЕКСТОН-РИКС БЎЙИЧА)

Ҳомилани эрта айлантиришда бачадон бўйни тўла очилмаган бўлади, аммо бунда ҳомилани олиб чиқиш мумкин эмас. Буни классик айлантиришдан фарқи бачадон бўйни тўла очиқ эмас, классик усулда ҳомилани бачадон бўйни тўла очиқ бўлгани учун, айлантириб бўлгандан кейин уни туғдириб олиш мумкин бўлади.

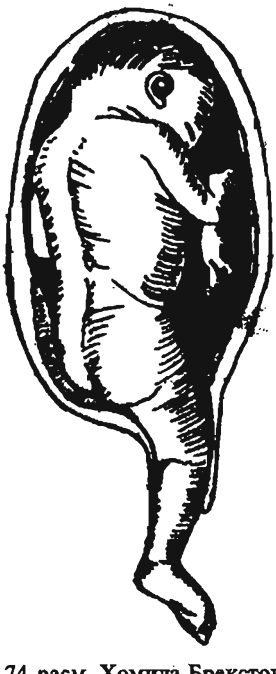
Ҳомилани эрта айлантиришда оёғига айлантирилиб, бунда ҳам ичкаридаги ва ташқаридаги қўллар бирга ҳаракат қилинади.

БУ ХИЛДАГИ ОПЕРАЦИЯНИ ҚИЛИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

1. Ҳомила кўндаланг ётган ҳолда, унинг олди сувини вақтдан олдин кетиб қолишида ҳомила қўзғалувчан бўлганда қилинади. Бунга сабаб ҳомиланинг кўндаланг ётишини ўтиб кетган ҳолатда бўлиб қолишини олдини олишдир (агар кесарча кесиш учун шароит бўлмаса).

Илгарилари ҳомила олди сувини қолган қисмини сақлаш учун резинкали баллон-колпейринтер, метрейринтерлар ишлатилар эди, ҳозирда булардан фойдаланилмайди. Шунинг учун бундай ҳолларда ҳомиланинг ҳаётини сақлаб қолиш учун кесарча кесиш операциясидан фойдаланиш мумкин.

2. Ҳомила боши билан келганда бачадон бўйни тўла очилмай туриб, унга киндик тизимчаси тушиб қолганда бир қатор акушерлар ҳомилани ҳаётини сақлаб қолиш мақсадида уни айлантириш керак деб фикр юритадилар, лекин бу хато, чунки ҳомилани оёғига айлантириш жараёнида унинг оёғи совуқ муҳитга тушгани учун (бачадондаги ҳароратга нисбатан) қитиқланади, натижада у бирданига нафас олиб юбориб ҳомила олди суви нафас йўлларига киради ва асфиксия юз бериб, бола нобуд бўлади. Ҳомила кўндаланг келган ҳолда киндик тизимчаси тушса ва бачадон бўйни тўла очиқ бўлса классик айлантириш йўли билан туғдирилади. Агар бачадон етарли очиқ бўлмаса дарҳол кесарча кесиш операциясини қўллаш керак бўлади.



74-расм. Ҳомила Брекстон-Рикс усули билан айлантирилганидан сўнг, олдинда ётган йўлдошни думбаси билан босиб қўяди.

3. Йўлдош олдин келганида (Pl.praevea marginalis) ва баъзан (Pl. pralrea lateralis да ҳам).

Йўлдош маркази билан келганда бу операция қўлланилмай фақат кесарча кесиш операциясидан фойдаланилади. Йўлдош олдин келганда (ёки биқини билан) бирор сабаб билан кесарча кесиш операциясидан фойдаланиш мумкин бўлмаса, унда ҳомилани эрта оёғига айлантириб қўйиш операцияси қўлланилади. Бунда оёққа айлантирганда бачадон бўйни тешиги олдига келган ҳомила думбаси пастда жойлашган йўлдошни ўрнидан кўча бошлаган қисмини босиши натижасида қонни тўхтатади (74-расм). Бундан ташқари йўлдош қоғоноқ парда билан ортиқ тортилмайди, аммо ҳамма вақт ҳам кутган натижага эришиш мумкин бўлавермайди, ҳатто баъзан шу ҳомилани айлантириш жараёнида йўлдошни яна кўчишига ва кўп қон кетишига сабаб бўлиши мумкин. Шунга кўра ҳомилани тирик олиш ва аёлнинг ҳаётини сақлаб қолиш учун шароит бўлса кесарча кесиш операциясидан фойдаланиш ўринли ҳисобланади. Бунда она ва ҳомила ҳаётини сақлаб қолишга эришилади.

ҲОМИЛАНИ АЙЛАНТИРИШ УЧУН ШАРОИТЛАР

1. Кичик чаноқ киришининг тўғри ўлчами (Conjugata vera) 8,5-9 см дан кам бўлмаслиги (ҳомила тирик бўлса уни тирик туғдиришни режалаштирилганда бу усулдан фойдаланилмайди).

2. Бачадон бўйнини очиғлиги 4 см дан кам бўлмаслиги. Баъзилар бачадон бўйни 2 см очиқ бўлганда ҳам бу операцияни қўллаш мумкин дейдилар. Бунда бачадон бўйнига олдин бир бармоқ, кейин иккинчи бармоқни киргизиш йўли билан ҳомилани оёғига айлантириш мумкин деб ҳисоблайдилар. Аммо биз буни маслаҳат бермаймиз.

3. Қоғоноқнинг ҳали ёрилмаган бўлиши. Қоғоноқ ёрилиб сув кетиб қолган бўлса ҳомилани айлантириб деярли мумкин бўлмайди.

4. Ҳомила қўзғалувчан бўлса айлантирилади. Агар бачадон ҳомилани сиқиб олган бўлса уни қимирлатиб, яъни айлантириб бўлмайди.

Операция қилиш усули. Аёлни одатдагидек тайёрланади. Ҳомилани айлантириш операцияси албатта наркоз остида бўлиши керак.

Бунинг учун ишлатиладиган асбоблар:

1. Пинцетлар.
2. Ҳомила қоғоноқ пардасини йиртиш учун асбоб.
3. Аборцанг ёки корнцанг.
4. Докадан ишланган бойлоғич (ҳомила оёғини бойлаб ушлаш учун).

Акушер ҳомила ҳолати (позицияси) га мос қўлини қинга ва 2 та бармоғини бачадон бўйнига киритиб қоғаноқ пардасини ёради. Кейин бачадонга киради. Бошлаб ҳомиланинг олдинда келувчи бошини ҳомиланинг орқа томонига суради. Ташқи қўли бачадон тубида турган ҳолда ҳомила бошини юқори томон йўналтиради. Ички қўл билан бачадон ичига чуқурроқ киришга ҳаракат қилинади, ташқи қўл билан эса ҳомиланинг думбасини оёқлари билан биргаликда пастга томон суради.

Ички қўл билан ушланган оёқ эканлигини унинг тўпиғи ва бармоқларидан аниқлаб олинади. Оёқларни (учраган оёқни) тўпиқ юқорисидан ушланиб, пастга томон тортилади ва ташқи қўл билан бошни юқорига бачадон туби томон сурилади. Ҳомила оёғини тизза чуқурчаси жинсий тешикдан чиққанидан кейин ҳомила айлантирилган ҳисобланади. Кейин бинтни акушер илмоғи қилиб оёққа тўпиқ юқорисидан кийғизилади, бинтни кровать оёғига ёки махсус тортиб турадиган аппаратга илиб 350-400 г юк осиб қўйилади, шу осиб қўйилган юк ҳомилани думбаси бачадон бўйнининг ички тешиги соҳасини босади, натижада туғруқ тезлашишига имконият туғдиради. Агар йўлдош олдин келиб қон кетаётган бўлса ҳомила думбаси шу йўлдошни босиб унинг ортиқ кўчмаслигини таъминлайди, натижада қон кетиши тўхтайди. Бу операцияни қўллашда қуйидаги қийинчиликларга учраш мумкин. Ҳомила сув пуфагини бармоқ билан ёриш анча қийин бўлиб, шунинг учун қоғоноқ асбоблар ёрдамида ёрилади. Бачадон бўйни кам очиқ бўлгани учун ҳомила оёғини топиб ушлаб олишда анча қийинчилик туғилади. Бунда ҳомила кўпинча нобуд бўлади.

XVI БОБ

АЁЛ ЧАНОҒИНИНГ АНОМАЛИЯЛАРИ

Қадимий Греция тиббиётида туғруқ жараёнида чаноқ суягининг биринчи туғруқда очилиб ёпилиши ҳақида сўз боради. Аммо Везали (Vasali, 1543) бу фикрни хато эканлигини ихтиро этган.

Девентер (Deventer, 1701) рахит касаллигида чаноқ суяклари ўзгариб улар катта, кичкина ва япалоқ бўлиши мумкинлиги ҳақида гапиради.

Смелли (Smellie, 1697—1763) рахит касаллигида чаноқни ўзгаришини тўла характерлаш билан бирга, акушерлик амалиётига чаноқни ўлчаш усулини киритди.

Литцман (Letzmann) 1884 йилда биринчилардан бўлиб тор чаноқ ҳақида китоб чоп этди. Н.М.Максимович-Амбодик ҳам тор чаноқ ҳақидаги ўз фикрини билдиради. А.Я.Крассовский 1865 йилда ўзининг "Акушерлик амалиёти курси" номли китобида чаноқ суяги аномалиялари ҳақида сўз юритади.

Акушерлик амалиётида туғруқ йўлларини аҳамияти, хусусан чаноқ суягининг аномалияларининг туғруқ жараёнига таъсири устида кўп муаллифлар ишлаганлар, аммо ҳозиргача бу муаммо тўла ечилмаган. Тор чаноқ нима деган саволга жавоб бериш анча мураккабдир.

Асосан кўп муаллифларнинг фикрича тор чаноқ деб унинг ҳамма ўлчамларини 1,5—2 см нормал ўлчамдан кам бўлишига айтилади. Бунда ташқи конъюгата 18 см кам бўлади. Баъзилар 17,5 см дан кам бўлса тор чаноқ деб айтиш керак деб ҳисоблайдилар. Шунингдек чин конъюгата 10 см кам бўлиши ҳақида гап юритилади.

М.С.Малиновский тор чаноқни икки гуруҳга бўлади.

1. Анатомик тор чаноқ.

2. Функционал тор чаноқ (клиник).

Тор чаноқларни учраши ҳақида бир қатор рақамлар мавжуд: Окинчиц — 2,62%, М.Н.Побединский — 3—5%.

Тор чаноқлар таснифи. А.Я.Крассовский таснифидан акушерлик амалиётида кўп фойдаланилади.

А. Кенг чаноқ;

Б. Тор чаноқ.

1. Ҳамма томонидан торайган чаноқ;
а) ҳамма томонидан торайган чаноқ;
б) карлик чаноқ;
в) болалар чаноғи;
2. Бир текисда тораймаган чаноқлар.
3. Ясси чаноқлар:
а) оддий ясси чаноқ;
б) рахитик ясси чаноқ;
в) сон бўғимининг ҳар икки томондан чиққан ҳолати;
г) ҳамма томондан торайган ясси чаноқ.
4. Қийшайиб торайган чаноқ:
а) анкилоз туфайли қийшайиб торайган чаноқ;
б) коксальгик қийшайиб торайган чаноқ;
в) сколиоз-рахит туфайли қийшайиб торайган чаноқ;
г) кефоз ва сколиоз туфайли қийшайиб торайган чаноқ.
5. Кўндалангига торайган чаноқлар:
а) анкилоз туфайли кўндалангига торайган чаноқ;
б) кифоз туфайли кўндалангига торайган чаноқ;
в) спондилолитик-кўндалангига торайган чаноқ;
г) воронкасимон кўндалангига торайган чаноқ;
6. Пучайган (спавшиеся) чаноқлар:
а) остеомаляция туфайли пучайган чаноқ;
б) рахит туфайли пучайган чаноқ.
7. Олди очиқ, ажралган чаноқ.
8. Ўсиқли чаноқ (остистие).
9. Ўсмалар туфайли торайган чаноқ.
10. Берк чаноқлар.

Малиновскийнинг чаноқни торайиш даражаси бўйича таснифи ҳам чин конъюгата ўлчамига асосланган бўлиб, 3 даражадан иборат.

I. даража — 10-8 см
II даража 8-6 см
III даража 6 дан кам.

Г.Г.Гентер бўйича:

I даража (чин коньюгата 11 см кам ва 9 см дан ошиқ).
II даража (9 см дан кам, 7 см дан ошиқ).
III даража (7 см дан кам, 5 см дан ошиқ).
IV даража (5 см дан кам).

Акушерлик амалиётида Гентер таснифи бўйича талқин қилиш ўринли деб ҳисоблаймиз.

Биринчи даражадаги тор чаноқда туғруқ узоқ чўзилса ҳам кўпинча (агар ҳомила кичик бўлса) мустақил натижаланади. Чин коньюгата 9 см га яқин бўлса, туғруқ вақтида қийинчиликлар рўй бериши мумкин. Иккинчи даражали тор чаноқда ҳомила катта бўлмаса, туғруқ баъзи ҳолларда мустақил ўтиши мумкин. Одатда, бундай тор чаноқда, айниқса чин коньюгата 7 см га яқин бўлганда, ҳомила тирик бўлса кесарча кесиш, ўлик бўлса эмбриотомия операцияси қўлланилади.

Учинчи даражадаги тор чаноқда туғруқ мустақил ўтмайди. Агар ҳомила ўлган бўлса уни майдалаб (эмбриотомия) олиш мумкин, тирик бўлса кесарча кесиш операцияси қўлланилади.

Тўртинчи даражали тор чаноқда туғруқ асло мустақил ўтмайди, ҳомилани майдалаб олиш (эмбриотомия) ҳам мумкин бўлмайди, бунинг учун ҳеч қандай усул йўқ. Бирдан-бир усул бачадон туғруққа тайёр бўлган ҳамон кесарча кесиш операциясидан фойдаланилади.

М.С.Малиновский акушерлик амалиётида чаноқларни 2 турга ажратиш ўринли деб ҳисоблайди.

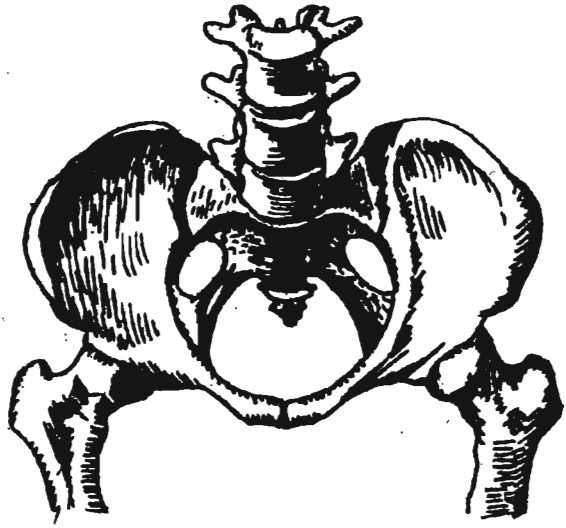
1. Анатомик тор чаноқ.
2. Функционал (клиник) тор чаноқ.

Анатомик жиҳатдан тор чаноқларни, чаноқ ўлчамларини ўлчаш йўли билан аниқланади. Бунда чаноқлар тузилиши ва ўлчамига кўра тор чаноқ деб ҳисобланади. Бундай чаноқлар баъзан клиник жиҳатдан тор бўлмай (ҳомила кичкина бўлганда) туғруқ нормал кечиши мумкин. Аммо кўп ҳолларда туғруқда патологик ҳолат кузатилади. Функционал тор чаноқ туғруқ жараёнида аниқланади. Чаноқ ўлчамлари нормал бўлишига қарамай, шу ҳомила учун у тор бўлади (ҳомила катта ва унинг боши чаноқнинг кириш қисмига нотўғри жойлашганда).

Анатомик жиҳатдан тор чаноқни чаноқ ўлчамларини ўлчаш йўли билан аниқланади. Бунда чаноқнинг тузилиши ва ўлчамларига асосланган ҳолда тор чаноқ дейилади.

Кенг чаноқ — чаноқ ўлчамлари нормал чаноқ ўлчамларидан кенг бўлади. Аммо ҳамма вақт ҳам туғруқ нормал кечади деб бўлмайди.

Ҳомила туғилиш жараёнида қаршиликка учрамай туғилади, лекин туғруқ тез бўлиши туғруқ йўлларининг жа-



75-расм. Ҳамма томонидан торайган чаноқ.

роҳатланишга сабаб бўлиши мумкин. Бунда бачадон бўйни, умуман туғруқ йўллари ҳали тайёр бўлмаган ҳолда ҳомила боши туғиш каналидан тез ўтади.

Ҳар томондан баробар торайган чаноқ. Бунда чаноқнинг барча ўлчамлари бир хилда камайган бўлади (75-расм). А.Я.Крассовский бўйича бу хилдаги чаноқлар 39,05% ни ташкил қилади.

Инфантил (болалар) чаноқ. Бу хилдаги чаноқлар кўпроқ паст бўйли ва баъзан баланд бўйли, аммо суяклари ингичка аёлларда учрайди. Бунда чаноқ ўлчамлари бир хилда камайган, лекин суяклар ингичка бўлгани учун чаноқ ичининг ҳажми камроқ камайган бўлади.

Бундай аёллар умуман ривожланишдан орқада қоладилар. Хусусан уларнинг сут безлари ўсмай, ҳайз кўриш кечикади, ташқи жинсий аъзолар яхши тараққий этмаган бўлади. Бунда думғаза қанотлари яхши шаклланмаган, промонториум анча юқорида, қов суяк айланмаси тор бўлади. Бу хилдаги чаноқнинг асосий хусусияти кичик чаноқнинг кириш қисмининг тўғри ва кўндаланг ўлчамлар мувозанати ўзгарган бўлади. Бунда чаноқнинг кўндаланг ўлчами билан бир хил, ёки кўндалангдан кўп

бўлиб, қиз болаларнинг жинсий тараққиёт давридаги чаноққа ўхшаб кетади.

Карлик чаноқ (Pelvis nana). Бунда аёлларнинг бўйлари паст (120-140 см) бўлади. Бунинг сабаби тўла ўрганилмаган бўлишига қарамасдан бир қатор фикрлар бор. Баъзи муаллифлар бу хилдаги чаноқни оғир рахит билан боғлайдилар. Буни орқа умуртқа кучли қийшайганидан вужудга келади деб ҳисоблайдилар.

Хондродистрофияда тоғайларнинг суякка айланиши бузилган бўлади. Шунинг учун бунда чаноқ шакли ҳам кучли ўзгаради. Рахитик чаноққа ўхшаб кетади, бирмунча япалоқлашган бу ёнбош суякларининг тўла етилмаганлиги (ингичка ва йўғон) кузатилади. Чин коньюгата 4-7 см гача камайиб кетиши, аммо чаноқнинг кўндаланг ўлчами нормал ҳолатда қолиши мумкин, баъзан бир оз қисқаради.

Бу хилдаги чаноқда аёлнинг бўйи бир хилда паст, деформация бўлмайди. Гипофиздаги патологик ҳолатда чаноқдаги ўзгаришдан ташқари жинсий аъзоларнинг етарли тараққий қилмаганлиги кузатилади.

Карлик чаноқлар юпқа ва осон синадиган бўлади. Кўпинча думғаза бўғимлари ораси юпқа тоғай билан қопланган бўлиб, чаноқ ўлчамлари кичкина, айниқса чаноқ пастки ярмининг ўлчамлари юқори қисмига нисбатан кам бўлади.

Ҳомиланинг олдинда келган қисми (боши) чаноқнинг пастки қисмида бир оз қаршиликка учрайди. Чаноқ ўлчамлари: dis. spinarum 24 см, dis.cristarum 26 см, dis. trochanterica 28 см, conjugata externa 18 см, con.diagonalis 11 см, con.vera 9 см.

Оддий ясси чаноқ (Pelvis plana). Бу хилдаги чаноқни Девентер номи билан ҳам аталади. Бу тор чаноқнинг кўпроқ учрайдиган шаклларидан бири ҳисобланади.

Рахитик ясси чаноқда аёл болалик даврида бошидан ўтказган рахит касаллиги натижасида, чаноқ шакли ўзгаради ва бунда тор чаноқлар аномалияси намоён бўлади.

Бундай чаноқли аёлнинг бўйи паст, боши тўртбурчак шаклида, кўкрак суяги ичига ботган, оёқлари қийшиқ бўлади. Бўйин умуртқаси олдинга, кўкракники орқага, олдинги думғаза умуртқаси орқага кўп эгилган бўлиб орқа

умуртқа шаклини олади. Чунки бунда орқа умуртқа устининг шакли ўзгаради. Нормал ҳолатда орқа умуртқа устунида лордоз ва кифоз ҳолатлари бўлади, яъни бўйин умуртқаси бир оз олдинга, кўкрак қисми орқага, бел қисми олдинга, думғаза қисми дум суяги билан биргаликда орқага эгилган бўлади (олдинга эгилгани-лордоз, орқага эгилса — кифоз деб аталади). Рахит касаллигида суяклар юмшаганлиги учун тана оғирлигидан умуртқа эгилади. Думғаза суяги эгилиб калталашиши натижасида думғаза дўмбоғи (промонториум) чаноқ ичига ботиб киради, натижада кичик чаноқнинг кириш ўлчами камайиб кетади.

Думғаза суяги орқага кўп эгилганидан дум суяги ҳам орқага сурилиб, натижада чаноқ ичи ва чиқиш қисмининг ўлчамига нисбатан катта бўлади. Бундан ташқари ёнбош суягининг нормал ҳолати ўзгарган бўлади. M. iliopsoas ёнбош суягига ёпишгани учун рахитда у таранглашиб юмшоқ ёнбош суягини ташқарига тортиб суради, натижада dis. spinarom билан dis. cristarum деярли бир хил ўлчамда бўлиб қолади.

Демак, рахитик чаноқнинг типик ҳолати: паст ва япалоқлашган бўлиб, асосан чаноқ кириш қисмининг тўғри ўлчами тор, чаноқ ичи ва чиқишининг ўлчами нормал ёки баъзан хатто кенг бўлади.

Думғаза ёнбош суяклари ва сон бўғими чуқурчасининг юмшаши рахит учун характерли белгидир. Шу сабабдан чаноқ япалоқлашади, чаноқ оғирлиги (нормал чаноқ ўрта ҳисобда 750 гр бўлса) рахитда 500 гр бўлади (М.А.Колосов).

Рахитда чаноқ шаклини ўзгариши ҳақида бир қатор назариялар бор. Баъзи муаллифлар рахитда склет суяклари юмшоқ бўлиб қолгани учун тана оғирлиги туфайли суяклар, хусусан чаноқ суяги ўз шаклини ўзгартиради, деб ҳисоблайдилар. Бошқалар эса бунга тана мускулларини бир текисда қисқармаслиги, рахит туфайли нерв мускул аппаратининг фаолияти бузилган бўлиши сабаб бўлади деб фикр юритадилар (А.Я.Крассовский, Мартин ва бошқалар). Уларнинг фикрича ёш болалар ҳали вертикал ҳолатда юра олмаганлиги учун тана оғирлиги склет мускулларига тушмайди деб ҳисоблайдилар.

Мартиннинг фикрича мускуллар тонусини ошиши айниқса m.psoas промонториумни олдинга суради, m.multifidas эса думғаза суягининг пастки қисмини орқага суради. Шунга ўхшаш m. gemellis ва m.olturatorius ва m.gluteus minor лар ҳам чаноқ суяги шаклини ўзгаришига сабаб бўлади. У оёқларнинг рахитдан қийшайишини ҳам шунга боғлайди.

Баъзи муаллифлар эса рахитда чаноқ суяклари бир хил тараққий қилмаслиги сабабли чаноқ суяги шакли ўзгарган бўлади деб ҳисоблайдилар.

Юқорида келтирилган назариялар чаноқ ва склет суякларини рахит касаллигида ўзгаришини тўла тушунтира олмайдилар. Умуман рахитик ясси чаноқнинг ўзига хос 4 та белгиси бор.

1. Чаноқ кириш қисмининг тўғри ўлчами (conjugata vere) кам бўлади.

2. Кичик чаноқ кириш қисмининг шакли ўзгарган бўлади (кўндаланг ўлчами катта бўлгани учун чаноқ кириш қисми буйрак шаклига ўхшайди).

3. Чаноқ суяклари деформацияси кузатилади (айниқса, думғаза суяги).

4. Чаноқ чиқиш қисми кириш қисмига нисбатан кенг бўлади.

Рахитик чаноқ ўлчамлари қуйидагича: dis.spinarum 26 см, dis.cristarum 26-27 см, dis.trochanterica 31 см, conjugata extirna 17 см, con diaganalis 10 см, con.vera 8 см.

Бир текис торайган ясси чаноқ. Бу хил чаноқда унинг барча ўлчами, айниқса кичик чаноқ киришининг ўлчами кам бўлади. Бу хилдаги чаноқлар бўйи кичик аёлларда ҳам инфантилизм ва ёшликда ўтказилган рахит натижасида вужудга келади, бунда тор чаноқлар аномалиясидаги аломатлар анча яққол кўринади. Бундай аномалияда чаноқ чиқишининг ўлчами чаноқнинг умумий шаклига қараб ўзгаради, яъни умумий торайган чаноқда чаноқ чиқиш қисмининг тўғри ўлчами бошқа ўлчамлар билан бир хилда тор бўлса рахитик тор чаноқда кичик чаноқнинг кириш қисми тор бўлади.

Бир текис торайган ясси чаноқ кўп ҳолларда туғруқ вақтида турли оғир ҳолларнинг рўй беришига сабаб бўлади.

Бир текис торайган ясси чаноқ ўлчамлари қуйидагича: dis.spinarum 23-24 см, dis.cristarum 24-25 см, dis.trochanterica 26-28 см, con. externa 15-16 см, con. diaganalis 9 см, con.vera 7 см.

Кичик чаноқ кириш қисмининг кўндаланг ўлчами 11 см, тўғри ўлчами 8 см, қийшиқ ўлчами 10 см бўлади (10-жадвал).

ТОР ЧАНОҚНИНГ КАМ УЧРАЙДИГАН ШАКЛЛАРИ

Анкилоз натижасида шакли ўзгарган чаноқ. Бу хилдаги чаноқ ҳам (Naegele) торайган чаноқлар қаторига киради. Бунда бир ёки ҳар икки томонда думғаза ва ёнбош бўғимлари, думғаза қанотлари бўлмайди, думғаза ёнбош бўғимлари синостоз ҳолатида суякли бўлади. Бу хилдаги чаноқларни ҳар икки томони бир хил симметрик ҳолатда бўлмайди. Чаноқнинг бир томони, яъни анкилоз (бўғимлар қимирламайдиган) томони қийшиқ бўлади ва шу томони тораяди. Шу томондаги ёнбош суяги юқорига ва орқага сурилган бўлади, сон-чаноқ бўғимининг чуқурчаси деформацияга учраган соғ томонга нисбатан юқорида туради, қов бўғими чаноқнинг соғ томонига сурилган бўлади.

Кичик чаноқ кириш қисмининг ўлчами бир хил бўлмайди, унинг қийшиқ ўлчами, анкилоз томонидаги бўғим томони соғ томондагига нисбатан катта бўлади, худди шундай ўзгаришларни чаноқ ичи ва чиқишида ҳам кузатиш мумкин.

Бу хилдаги чаноқларнинг этиологияси ҳақида турли фикрлар бор. Баъзилар буни Негеле чаноқ думғаза суягининг тўла етилмаганлигидан деб, бунда суякланиш марказида шу қисмнинг фаолиятини етарли бўлмаслигидан деб талқин қилади. Бу назарияни исботи ўлароқ рентген орқали текширганда бу хилдаги чаноқларда синостиоздан бошқа патологик ҳолат топилмаган.

Баъзи муаллифларнинг фикрича Негел чаноқлари болаликда кечирилган яллиғлаш жараёни натижасида синостоз бўлган деб фикр юритадилар. Бунинг исботи: думба ва соннинг юқори қисмларидаги яллиғланиш жараёни натижасида қоладиган чандиқлар деб талқин қиладилар. Шундай қилиб, Негеле чаноқ, чаноқ-сон бўғими сили

натижасида ҳамда чаноқ суяги тараққиётида вужудга келадиган аномалия деб фикр юритиш мумкин.

10-жадвал

Чаноқ ўлчамлари (В.И.Бодяжина, К.М.Жмакин бўйича)

Чаноқ шакли	Ўлчамлар, см					
	dis spinarum	dis cristarum	dis trochonterica	con. externa	con. diagonalis	con. vera
Нормал чаноқ	25—26	28—29	30—31	20	12,5—13	11
Ҳамма томондан баробар торайган чаноқ	24	26	28	18	11	9
Оддий ясси чаноқ	26	-29	31	18	11	9
Бир текис торайган ясси чаноқ	24	25	27	16	9	7
Рахитик ясси чаноқ	26	26	31	17	10	8

Агар аёлнинг бир оёғини сон-чаноқ бўғими туғма чиққан ёхуд туғруқ жараёнида ёки ёшликда жароҳатланган (синган ёки чиққан) бўлса, юра бошлаганда касал оёғини аяйди ва бутун оғирлик соғ оёққа тушади, унда ҳали чаноқ суяги қотмаган бўлади. Шунинг учун чаноқ-сон чуқурчаси чаноқ ичининг соғ томонига ботиб киради, натижада чаноқ ичининг касал оёқ томони кенгайиб соғ томон ичига ботган бўлади. Бундан чаноқ бўшлиғи қийшайиб тор бўлиб қолади.

Кўндалангига торайган чаноқ. Кўндалангига торайган анкилоз натижасида вужудга келган Роберт (Robert) чаноғи. Бу хилдаги чаноқни биринчи марта Роберт (1912) аниқлаган. Бунда думғаза ёнбош суяклар бўғимининг ҳар икки томонида шаклини ўзгариши (деформация) синостоз натижасида вужудга келади. Думғазанинг бўғим қисмидаги патологик ҳолат ёнидаги суяги (ёнбош суяги)нинг тараққиётига путур етказади, натижада унинг тараққиёти орқада қолади, думғаза суяги қанотларнинг атрофиясига сабаб бўлади. Натижада думғаза суяги тор бўлиб қолади, шунга кўра чаноқ кўндалангига торайган ҳолатни олади. Чаноқнинг кириш бўшлиғи кенгроқ чиқишининг кўндаланг ўлчами кичиклашган бўлади. Ёнбош суяк орқага сурилади, уларнинг орқадаги ўсиқлари деярли думғаза суягини бекитади.

Ўтирғич суяклар ҳам бир-бирига яқинлашиб қолади.

Кефотик чаноқ. Бу хилдаги чаноқлар кўпинча ёшликда орқа умуртқа сили-спондилити билан оғриган аёлларда учрайди.

Болаларда орқа умуртқа сили спондилити умуртқа устининг деформациясига, катталарда эса чаноқнинг оғишига сабаб бўлиши мумкин.

Орқа умуртқа устинидаги деформация (кифоз) қанча пастда бўлса шунча чаноқ шаклини ўзгаришига сабаб бўлади. Сил жараёни орқа умуртқанинг кўкрак қисмида (умуртқа олдинга букилган) бўлиб, бунда чаноқда қисман ўзгариш бўлади. Аммо бел қисмида бўлса чаноқда кефотик чаноқ вужудга келишига сабаб бўлади.

Кефозда тана оғирлиги тушадиган марказнинг олдинга сурилиши натижасида тана ўз мувозанатини сақлаш учун орқага оғади, бунда чаноқ оғиши камаяди, унинг кириш қисм сатҳи горизонтал ҳолатда бўлиб қолиши мумкин. Думғаза суяги шундай айланадики унинг асоси орқага оғади. Кефотик чаноқда думғаза суягининг юқори қисми орқага сурилган бўлади.

Ташқи коньюгата катталашади. Унинг кўндаланг ўлчами бирмунча камаяди, чин коньюгата ошади (баъзан анча ошади), қин орқали киргизилган бармоқлар промонториумга етмайди. Чаноқ кириш қисмининг кўндаланг ўлчами нормал ҳолатда ёки камайган бўлади. Шунинг учун кичик чаноқ кириш қисми тик ҳолатни олади (кўндалангига қисқарган ҳолда). Чаноқ чиқиш қисмининг тўғри ўлчами нормал ёки камайган бўлиши мумкин. Ўтиргич суяклар дўмбоғи бир-бирига яқинлашганлиги учун чаноқ чиқиш қисмининг кўндаланг ўлчами кичик бўлади. Қов бўғим бурчаги ўткир шаклда бўлиб, шунга кўра чаноқ воронкага ўхшаб қолади.

Сколиотик чаноқ. Бу хилдаги чаноқ ҳам асосан рахит натижасида вужудга келади. Бундай чаноқ охирги бел умуртқасининг биринчи думғаза умуртқаси устига ичкарига (чаноқ ичи томон) сурилиши натижасида ҳосил бўлади. Орқа умуртқанинг кўкрак қисмидаги сколиозида умуртқа устуни компенсатор равишда ўзгаради, бунда чаноқ деярли ўзгармай қолади. Агар сколиоз бел қисмида бўлса тана оғирлиги оёққа бир хил тақсимланмай бир

томон кўпроқ иккинчи томон камроқ таъсирланиб, натижада кўп таъсир олган томоннинг сон-чаноқ бўғим чуқурчаси чуқурлашади (ичга, чаноқ бўшлиғига), ботади, шунинг учун чаноқ шакли ўзгаради.

Бундан ташқари сколиоз думғаза суягига ҳам таъсир қилиб, унинг устки қисми орқага ва четга оғади (қарама-қарши томонга).

Думғаза суягининг биринчиси сколиоз туфайли қисилган, қарама-қарши томондаги қаноти тортилган бўлади. Симфиз бўғими сколиозга қарама-қарши томонга, четга сурилади. Кичик чаноқ кириш қисмининг сатҳи — сколиоз томони қийшайган ва торайган ҳолда бўлади. Сколиотик чаноқ қийшайиб торайган чаноқлар қаторига киради.

Агар сколиоз рахит туфайли вужудга келган бўлса бунда чаноқ рахитик чаноққа ўхшаб кетади. Сколиотик чаноқда аёлнинг бел умуртқа соҳаси эгарсимон босилганини кўриш мумкин. Бунда чаноқнинг орқа бурчаги ҳам, тананинг пастки қисми ҳам калта, ташқи жинсий аъзолар бирмунча олдинга жойлашган бўлади.

Воронкасимон чаноқ. Кўп муаллифлар бу хилдаги чаноқнинг вужудга келишида эндокрин система фаолияти бузилиши натижасида кичик чаноқ чиқиш қисми тораяди деб таъкидлайдилар. Бунда чаноқнинг ҳамма ўлчамлари пастга — чаноқнинг чиқиш юзаси томон торайиб боради, шундай қилиб у воронка шаклини олади.

Воронкасимон чаноқ бўшлиғи узун, думғаза суяги анча чўзиқ, промонториум одатдагидан кам олдинга чиққан бўлади.

Чаноқ чиқиш қисмининг кўндаланг ўлчами 8-7,5 см баъзан бундан ҳам кам, қов суяги айланасига ва кўндалангига торайган бўлгани учун ҳомила боши чаноқнинг чиқиш қисмида тутилиб қолиши, унинг ўлиб қолишига сабаб бўлиши мумкин.

Бундай чаноқни албатта туғруқдан олдин аниқлаш шарт. Акс ҳолда туғруқ ҳомила учунгина эмас, она учун ҳам оғир ҳолатни юзага келтириши мумкин.

Остеомаляцияга ёки пучайиб торайган чаноқ. Маълумки, остеомаляцияда скелет суяклари юмшаб қолади. Остеомаляция эркакларга нисбатан кўпроқ аёлларда ҳомиладорликда учрайди.

Н.Е.Тиканадзе ва В.С.Груздовлар остеомаляциянинг вужудга келишини яшаш шароит билан боғлайдилар. Уларнинг талқин этишича у зах ва аҳоли зич жойлашган ерларда яшайдиган, сифатсиз овқатланадиган оилаларда кўпроқ учрашини кузатганлар.

Остеомаляция суякларда кальций, айниқса витамин D ва фосфорнинг етарли бўлмаслиги натижасида вужудга келади.

Н.С.Груздев клиник текшириш натижасида остеомаляцияни вужудга келишида тухумдон асосий роллардан бирини ўйнашини аниқлади. Бемор тухумдони олиб ташланганда бичилганда касали енгиллашибгина қолмасдан, умуман тузалиб кетган.

Албатта остеомаляциянинг вужудга келишида гипофизнинг орқа бўлаги ва буйрак усти бези пўстлоғининг фаолияти ҳам катта аҳамиятга эга. И.Е.Тиканадзе остеомаляция кўпроқ кетма-кет ва кўп туққан аёлларда кузатилишини таъкидлайди.

Демак, асосан витамин D, фосфор ва кальций етишмаслиги сабабли суяклар юмшаб кетади. Тана оғирлиги туфайли думғаза суяги чаноқ ичига чуқур ботиб киради. Симфиз эса қуш тумшуғига ўхшаб туртиб чиқади. Қов суяклари ҳалқаси жуда торайиб кетади.

Остеомаляциянинг оғир турида чаноқ бўшлиғи бутунлай йўқолиб, унинг кириш қисми йириққа ўхшаб қолади. Аёлнинг танаси ҳам деформацияга учрайди. Сонлари бир-бирига яқинлашиб, ташқи жинсий аъзоларни кўришни иложи бўлмайди.

Ҳозирда бу хилдаги чаноқлар деярли учрамайди, камдан-кам ҳолларда унинг анча енгил турини кузатиш мумкин.

Ажралган ёки олди очиқ чаноқ (pelvis fissas s. operta). Бу хилдаги чаноқлар жуда кам учрайди. Очиқ ёки олди очиқ чаноқлар кўп ҳолларда қовуқнинг очиқ ва ағдарилган ҳолдаги эктопия нуқсонларида биргаликда учрайди.

Бу хилдаги чаноқда қов суяги бўғими бўлмайди. Шунинг учун чаноқ олди очиқ қолади. Қиз бола юра бошлаши билан қов суяги охирлари бир-биридан узоқлаша боради, думғаза суяги эса олдинга букилади.

Илмий адабиётларда ёзилишича бундай чаноғи бўлган 10 тагина аёлни туққани ёзилган. Камдан-кам ҳолларда думғаза суягининг бўлмаслиги кузатилган.

Экзостоз ва суяк ўсимталари туфайли торайган чаноқ. Экзостоз ва суяк ўсимталарининг чаноқ бўшлиғини эгаллаши, ҳомиланинг туғруқ каналида сурилишига халақит беради. Бундай ҳолларда ҳомиладорликнинг охирида туғруқ бошланиши биланоқ кесарча кесиш операциясини қўллаш керак бўлади.

Тор чаноқни аниқлаш. Тор чаноқ ҳомиладорлик ва айниқса туғруқ жараёнида оғир ҳолларнинг рўй беришига сабаб бўлиши ҳақида юқорида баён қилинган эди. Чаноғи тор эканлиги аниқланган ёки тахмин қилинган ҳомиладор ҳақида врач анамнез йиғиши ва умумий объектив ҳамда акушерлик текшириш усуллари ёрдамида ҳар томонлама ўрганиши керак.

Аёлнинг илгариги туғруқлари ҳақида тўла маълумотга эга бўлиш лозим. Агар аёлда аввалги ҳомиладорликда туғруқ оғир, давомли ўтган ёки акушерлик операциялари (ҳомилани эмбринотомия операцияси, кесарча кесиш йўли ва бошқалар) қўлланилган бўлса ёки ҳомила ўлик туғилган, эрта чилла даврида ҳалок бўлган бўлса албатта чаноқни синчиклаб ўрганиш керак. Бундай ҳолатлар чаноқнинг анатомик ёки клиник жиҳатдан тор эканлигини кўрсатади ва бу ҳозирги ҳомиладорликнинг нима билан тугаши, яъни туғруқ оқибатини тахмин қилишга имкон беради. Аёл чаноғининг жуда ҳам торлиги ёки деформацияси аниқланса унга керакли маслаҳатлар бериб, агар у истаса аборт қилиш ёки кесарча кесиш усули қўллаш кераклиги тушунтирилади.

Ҳомиладордан унинг ёшлигида рахит билан оғриган оғримаганлиги сўраб аниқланади. Ҳомиладор аёл ёшлигида тиши кеч чиққан (онаси орқали билган) ва кеч юра бошлаган бўлса, бу унинг рахит билан оғриганлигидан дарак беради.

Шунингдек ёшликда, ҳомиладор бўлишидан олдин қандай касалликлар билан оғриганлигини (суяк ва бўғимлар сили, скарлатина, дифтерия ва бошқалар) сўраб аниқланади. Бундан ташқари шу ҳомиладорлик пайтида қандай касалликлар билан оғриганлигини билиш ҳам аҳамиятлидир.

Объектив текширишда унинг тана тузилишини яхшилаб ўрганиш: хусусан бошининг шакли, орқа умуртқа ўсиғининг ҳолати, Михаэлис Ромбининг шакли, кўкрак қафаси, тўш суягининг ичига ботганлиги (этикдўз кўкраги каби), оёқларининг тузилишини кўздан кечириш аҳамиятлидир.

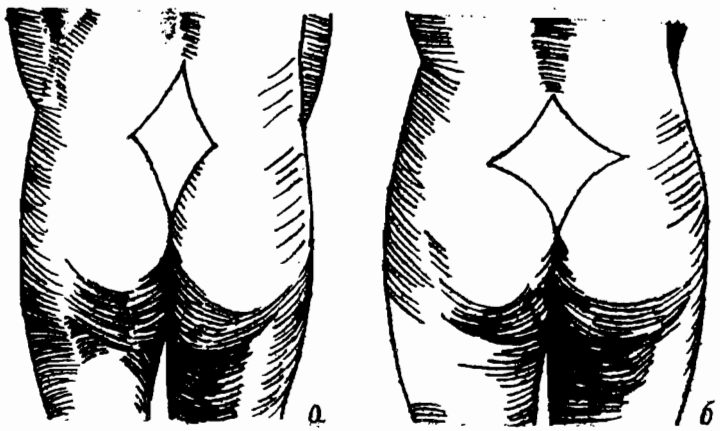
Бундан ташқари, аёлнинг юришини кузатиш, оёғининг калта-узунлигини аниқлаш ва чаноқ шакли ҳақида хукум чиқаришга имкон беради (чаноқ сон бўғимининг чиққани, анкилоз ва коксалигик чаноқ ҳақида маълумот олиш).

Аёлнинг рахит билан оғриганлигини аниқлаш учун у тик турган ҳолда тизза бўғимларини яқинлаштиради. Бунда агар аёл рахит билан оғримаган бўлса, тизза бўғимлари бир бирига тегиб туради, рахитда эса бу ҳолат кузатилмайди (1,5-2 см бир биридан узоқда бўлади).

Г.А.Соловьев (1917) нинг фикрича, билак бўғимининг айланаси кичкина бўлиши тана склет суякларини юпқалигидан далолат беради.

Билак бўғимининг айланасини сантиметр лентаси билан ўлчанади. Нормада у 14 см дан 15 см гача бўлиши мумкин.

Михаэлис ромб шаклини ўрганиш йўли билан чаноқ шаклини аниқлаш мумкин бўлади. (76-расм) Хусусан



76-расм. Михаэлис ромбининг турли шакллари.
а-умуман бир текис торайган чаноқда, б-ясси чаноқда.

ҳамма томондан баробар торайган чаноқда ромб тик ҳолатда чўзилган бўлади. Рахитда эса ромб худди уч бурчакка ўхшаб қолади, кефатик чаноқда эса деярли ромб бўлмайди, қийшайиб торайган чаноқда (коксальгик) ромб қийшиқ ҳолда бўлади.

Баъзи ҳолларда ташқи коньюгата нормал бўлишига қарамай, чин коньюгата анча кичкина бўлиши мумкин. Бунга сабаб чаноқ суягининг қалин бўлишидир.

Б.А.Архангельский ва А.А.Белошапколар рентгенопельвиометрияни тавсия этганлар. Бундан ҳозирда деярли фойдаланилмайди.

Чаноқ ўлчамларини тазомер ёрдамида ўлчаб аниқлаш мумкин.

Чаноқ ичини қин орқали текшириш, ўлчамларни ўлчаш, ўсимталар ва ўсмалар бор-йўқлигини, чаноқ бўғимларининг ҳолатини ўрганиш ва шунга асосланган ҳолда туғиш жараёнини бошқариш катта аҳамиятга эга.

Ультратовуш ёрдамида ҳам чаноқдаги патологик ҳолатни аниқлаш мумкин. Аниқ маълумотларни олиш учун чаноқнинг ташқи ўлчамлари билан ички ўлчамларини бирга ҳисоблаш керак.

Диагонал коньюгатани ўлчаш чаноқнинг ҳақиқий торайиш даражасини аниқлашга имкон беради. Чунки кўп ҳолларда ташқи коньюгата диагонал коньюгатага мос келмайди (аёлнинг суяги қалин, ўзи семиз бўлса). Қинга киритилган бармоқлар ёрдамида қилинган ички текширишларда яна думғазанинг яссилашган ёки яссилашмаганлиги, думғаза тумшуғининг ҳолати аниқланади. Қин орқали киритилган бармоқларни думғаза тумшуғи (promantorium) га етказиб, диагонал коньюгата ўлчанади, сўнгра бу ўлчамдан 1,5-2 см олиб ташланса чин коньюгата узунлиги келиб чиқади. Шундай қилиб, диагонал коньюгата чаноқнинг торайиш даражасини аниқлашга ёрдам беради.

Тор чаноқда ҳомиладорликни бошқариш. Бир қатор муаллифлар, агар ҳомиладор аёлнинг чаноғи торлиги аниқланса, унда ҳомиланинг жуда катта бўлиб кетмаслигини таъминлаш керак ва бунга овқатланиш рационини камайтириш ёрдам беради деб ҳисоблайдилар. Албатта бу хато фикр, чунки ҳомиланинг нормал тараққиёти учун она истеъмол қиладиган овқати тўла сифатли бўлиши

керак. Ҳомиладорликнинг охирида аёл қорнининг шакли: биринчи туғувчиларда ўткир учли, кўп туққан аёлларда эса осилиб тушган бўлиши ҳам аёл чаноғи тор эканлигидан дарак беради.

Ҳомиладорликнинг охирги муддатида ҳомила бошининг кичик чаноқнинг кириш қисмидаги ҳолатини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Маълумки нормал чаноқда биринчи туғувчиларда туғруққа 3-4 ҳафта қолганда ҳомила боши чаноқ кириш қисмига яқин, деярли суқилган ҳолда бўлади. Қайта туғувчиларда эса олдинда келувчи қисм анча пастлашган бўлиб, аммо чаноқнинг кириш қисмига суқилмайди. Тор чаноқда бу ҳолат кузатилмайди. Ҳомиладорликда туғруқ муддатини аниқ билиш керак, чунки тор чаноқ бўлган ҳолда, ҳомила туғруқ муддатидан ўтиб кетган бўлса, туғруқ жараёни янада оғирлашади. Чунки ҳомиланинг туғилиш муддати ошган сари у катталаша боради, бош суяклари қаттиқлашиб туғруқ жараёнида шаклини ўзгартира (конфигурация) олмайди. Бундай ҳомилалар кислород етишмовчилигига чидамсиз бўладилар, шунинг учун асфиксия кўп кузатилади. Тор чаноқ аниқланган аёлларни туғруқдан 2 ҳафта олдин стационарга ётқизиш лозим бўлади. Чунки тор чаноқда қоғоноқ сувининг олдин кетиб қолиши, киндик тизимчаси тушиши, агар ҳомила бачадонда кўндаланг жойлашган бўлса, қўлини тушиши каби ҳолатлар вужудга келиши натижасида ҳомила ва она учун оғир ҳолат кузатилади.

Ҳомиладор аёлнинг стационарга эрта келиб ётишининг яхши томони шундаки уни врач ҳар томонлама ўрганиб, агар у даволанишга мухтож бўлса, даволаб туғруққа тайёрлайди.

Тор чаноқда туғруқнинг кечиши. Тор чаноқда бир қатор патологик ҳолатларни кузатиш мумкин. Хусусан туғруқ дардининг издан чиқиши, биринчи туғувчиларда одатда туғруқ дарди кучли бўлади. Кўпинча жуда кучли бўлиб, қаттиқ оғриқ билан ўтади. Қайта туғувчиларда эса кўп ҳолатларда дард суст бўлади. Буни бачадон мускул нерв толаларининг тропик ҳолатини ўзгаришидан деб изоҳлаш мумкин. Бунга сабаб илгариги туғруқда бачадон девори жароҳатланган бўлишидан деб талқин этилади.

Туғруқ жараёнида ҳомила боши кичик чаноқнинг кириш қисмига яхши суқилмагани учун ҳомила бошида тақалиш камари бўлмайди, шунинг учун қоғоноқ суви олдинги ва орқадаги сув деб иккига бўлинмайди, натижада қоғоноқ сувининг олдин ёки вақтдан илгари кетиб қолиш ҳолатлари кузатилади. Бундан ташқари сув кетганда киндик тизимчасининг сирғаниб бачадондан тушиши, ҳомила бошининг чаноқнинг кириш қисмига нотўғри (очилиб келиши, ўқ ёйсимон чоки билан чаноқнинг тўғри ўлчамида туриб қолиши ва бошқалар) жойлашиши, ҳомиланинг майда қисмларини тушиш ҳолатларини кузатиш мумкин.

Туғруқнинг натижаланиши асосан 6 та омилга боғлиқ:

1. Чаноқнинг торлик даражасига.
2. Чаноқ шаклига.
3. Ҳомила бошининг катта-кичиклигига.
4. Ҳомила бошининг кичик чаноқнинг кириш қисмида қандай ҳолатда турганлигига.
5. Туғруқ дарди кучига.
6. Ҳомила бошининг шаклини ўзгартириш (конфигурация) хусусиятига боғлиқ.

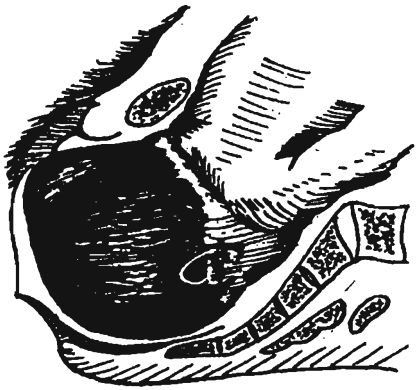
Юқорида келтирилган омилларни туғаётган аёлда тўла ўрганилгандагина туғруқни нормал даражада бошқариш мумкин бўлади.

ҲАР ТАРАФДАН БАРОБАР ТОРАЙГАН ЧАНОҚДА ТУҒИШ МЕХАНИЗМИ

Ҳомила бошининг чаноққа кириши ва ундан ўтиши учун чаноққа кириш қисмида ҳомиланинг боши физиологик ҳолатда етарлича олдинга эгилган бўлмайди, кичик чаноқнинг кириш қисми тор бўлганлиги учун ҳомила боши ундан ўта олмайди. Лекин бачадоннинг қисқариши натижасида ҳомила боши (конфигурация — хажмини ўзгартириши туфайли) борган сари чаноқнинг қарши қисмига суқила боради ва ундан ўтгунча эгилишда давом этади. Ҳомила бошининг чаноқ ичи кенг қисмидан тор қисмига ўтишида эмас, унинг кириш қисмида олдинга кўп эгилиши биринчи ўзига хос хусусият бўлиб ҳисобланади.

Олдинга кўп эгилган бош кичик чаноқ бўшлиғининг кенг қисмига тушгандан кейин чаноқ деворларининг қаршилик таъсирига учрайди, лекин у чаноқ ичида аста-секин сурилиш ҳаракатини давом эттиради (агар туғруқ дарди сустлашмаган бўлса) ва чаноқнинг тор қисмига яқинлашади. Бу вақтда кўпроқ эгилган ҳомила боши қуйидаги ҳолатни олади: Ўқ-ёйсимон чоки одатда кичик чаноқ тор қисмининг қийшиқ ўлчамида туради. У чаноқнинг тор қисмида яна кучлироқ қаршиликка учраб имкон борича яна олдинга эгилади. Кичик лиқилдоқ пастда бўлиб қолади ва чаноқ марказига яқинлашади. Бу бошнинг энг кичик айланаси билан чаноқнинг энг тор жойидан ўтишига имкон беради. Бошнинг чаноққа кириш ҳолати, ўқ-ёйсимон чокининг чаноқнинг қийшиқ ўлчамларидан биронтасида туриши, ҳомила бошининг имкон борича эгилиши ва ҳомила боши чаноқнинг тор қисмига тушгунча шу ҳолатда қолиши ҳамма тарафдан баробар торайган чаноқдаги туғиш механизмининг иккинчи хусусияти ҳисобланади.

Ҳомила боши ва она чаноғи, хатто ҳомила боши бутунлай этилганда ҳар бир-бирига мос келмаса, ҳомила боши кучли конфигурация (ҳомила бош суякларидаги чаноқларнинг бир-бирига кириб, чатишиши) натижасида ўз ҳажмини ўзгартиргандан кейингина чаноқнинг тор қисмидан ўтиши мумкин. Бунда ҳомила боши узунасига чўзилиб, бошнинг катта сегменти чаноқнинг кенг қисмида турган ҳолда пастки қисми жинсий йириқдан кўриниши мумкин. Бундай ҳолатда бош чаноқ тубида деб ҳисоблаб туғруқда хатога йўл қўйиш мумкин. Бошнинг бундай конфигурацияси яъни бодрингга ўхшаб чўзиқ (долихоцефал) бўлиши, ҳар тарафдан баробар торайган чаноқдаги туғиш механизмининг учинчи ўзига хос хусусияти ҳисобланади. Бундай торайган чаноқда ҳомила бошининг ҳаддан ташқари (максимал) эгилиши, унинг кучли конфигурацияси ҳомиланинг туғилиши учун кўп вақт талаб қилади ва туғруқ анча чўзилади. Бунинг натижасида ҳомила бошининг кичик лиқилдоқ соҳасида катта туғруқ ғурраси пайдо бўлади (77-расм). Ҳар тарафдан баровар торайган чаноқда ҳомила боши ҳамма томонлама сиқилиб, босилган бўлади. Бу эса бошнинг конфигурациясини енгиллаштиради. Шунинг учун



77-расм. Тор чаноқда ҳомила бошида туғруқ ғурраси.



78-расм. Парамедиал кесиш ёрдамида жинсий ёриқни кенгайтириш.

чаноқнинг бундай аномалиясида туғруқнинг мустақил ўтиши бошқа шаклдаги чаноқлардагига қараганда бирмунча кўпроқ учрайди. Туғруққа операция йўли билан ёрдам бериш камроқ учрайди. Аммо бунда чаноқнинг торлик даражасини, ҳомила бошининг ўлчамларини ҳисобга олган ҳолда туғруқни бошқариш шарт. Врач шуни унутмаслиги керакки, туғруқнинг III босқичида ҳомила бошининг жинсий ёриқдан чиқиши жараёнида туғруқ дардининг кучлилигидан бутни кучли босади, натижада бут оғир жароҳатланиши мумкин. Шунинг учун доя ёки шифокор бутни йиртилишдан сақлаш мақсадида бошни тез очилиб кетмаслигини таъминлаши керак бўлади. Агар лозим бўлса перинеотомия, эпизиотомия ёки парамедиал операциялар ёрдамида бутни қирқиб жинсий ёриқни кенгайтириш керак. (78-расм).

Туғруқнинг IV босқичи одатдагича: бошнинг ташқарида, елканинг ичкарида айланиши билан кечади.

РАХИТИК ЯССИ ЧАНОҚДА ТУҒИШ МЕХАНИЗМИ

Бундай торайган чаноқнинг тўғри ўлчами кичрайгани ва кўндаланг ўлчами катталашганлиги сабабли, кучли туғруқ дардидан кейин ҳомила бошининг чаноқ киришидан қайси қисми билан туришига қараб ўзининг ўқ-ёйсимон

чоки ёки бошқа қисми билан кичик чаноқ кириш қисмининг кўндаланг ўлчамида туриб қолади. Бу рахитик ясси чаноқдаги туғиш механизмининг биринчи ўзига хос хусусияти ҳисобланади. Ҳомила боши чаноқ ичига сўнгги сурилиши учун у шундай туриши керакки бунда бошнинг кичик кўндаланг ўлчами (8 см) чаноқнинг қисқарган тўғри ўлчами устида бўлсин. Чаноқнинг кириш қисмида ҳомила бошининг бундай ҳолатда бўлишига эришиш учун бачадон кучли қисқариши ва ҳомиланинг боши бироз ёки кўпроқ қайрилган бўлиши керак. Ана шу ҳомила бошининг орқага қайрилиб келиши рахитик ясси чаноқдаги туғиш механизмининг иккинчи ўзига хос хусусияти ҳисобланади. Бунда катта лиқилдоқ пастда, кичик лиқилдоқдан бирмунча олдинда жойлашади. Бош чаноқ бўшлиғига сўнгги суқилишида думғаза тумшуғи (дўмбоғи)нинг қаршилигига учрайди (чунки думғаза тумшуғи чаноқ ичига туртиб чиққан, шунинг ҳисобига кичик чаноқнинг кириш қисми кичрайган бўлади). Кўпинча думғаза тумшуғи орқа тепа суягининг олдинги сурилишига тўсқинлик қилади, олдинги бош тепа суяги бундай қаршиликка учрамай, орқа тепа суякка нисбатан бирмунча пастда бўлади. Бундай ҳолларда бош тепа суяк билан олдин келади (агар кўп орқага эгилса унда пешонаси ёки юзи билан олдин келади), катта лиқилдоқ кичик лиқилдоқдан пастда бўлади. Шу йўсинда ҳомила боши кичик чаноқ киришида узоқ тутилиб қолиб, чаноқ ичида ва чиқишида тутилмасдан тез туғилади. Бунга врач жуда аҳамият бериши керак, акс ҳолда ҳомиланинг бундай туғилишида туғруқ каналидаги юмшоқ тўқималар (бачадон бўйни, қин, чот) йиртилиши мумкин. Ассинклитизмнинг ҳар икки турини рахитик чаноқда учратиш мумкин (қуйида ассиклитизм ҳақида батафсил сўз юритамиз).

Оддий ясси чаноқда туғиш механизми. Оддий ясси чаноқда чаноқнинг ҳамма ўлчамлари тор бўлгани учун туғиш жараёни узоқ чўзилиб, ҳомила боши чаноқ тубида қийинчилик билан айланади. Рахитик ясси чаноқда чаноқ ичи ва чиқиши кенг бўлгани учун ҳомила бошининг чаноқ тубида айланиши бирмунча енгилроқ бўлади.

Агар чаноқ ўлчамига бошнинг ўлчами бироз мос келмаса, ҳомила боши ўзининг ўқ-ёй чоки билан кичик ча-



79-расм. Ҳомила боши олдинги чакка суяги билан чаноқ киришига суқилиши (Негеле бўйича)

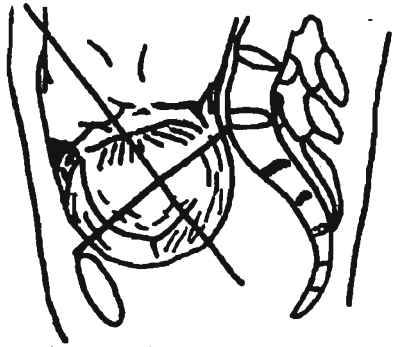


80-расм. Туғруқ шиши бир томонлама (олдинги чакка суягида) бўлади.

ноқнинг кириш қисмида унинг кўндаланг ўлчамида туради.

Ҳар икки лиқилдоқ (катта ва кичик) бир сатҳда бўлади, чунки бунда чаноқнинг тўғри ўлчами тор бўлиб, дастлаб бошнинг бир қисми (distantio bitemporalis мос қисми) чаноқ ичига суқилади, катта қисми (dis. biparietalis) эса тутилиб қолади. Шунинг учун ҳомила боши кичик чаноқ ичига суқила боришда очилади (орқага қайрилади) катта лиқилдоқ пастга тушиб, кичик лиқилдоқ юқорига кўтарилади, шунинг учун қин орқали текширилганда кичик лиқилдоқни пайпаслаб бўлмайди. Шунингдек олдинги чакка суяк пастлашади, орқа чакка суяги эса чаноққа суқилади (79-расм). Ўқ-ёйсимон чок промонториумга яқинлашади (олдинги ассинклитизм). Туғруқ шиши олдинги чакка суягида бўлади. (80-расм) Агар туғруқ давом этса, бора-бора ўқ-ёйсимон чок промонториумдан узоқлашади, орқадаги чакка суяк ундан сирғаниб ўтади, катта лиқилдоқ юқорига кўтарилади, кичик лиқилдоқ эса пастга тушади. Шундан кейин туғруқ тез тугаши мумкин (худди энса билан олдидан келган каби). Бундай механизм кўпроқ рахитик чаноқда учрайди. Ҳомила бошининг конфигурациясида, бошнинг сиқилишида ҳомиланинг юрак уриши секинлашиши мумкин.

Оддий ясси чаноқда ҳомила боши кичик чаноқнинг тор қисмида айланмаслиги мумкин (кўндаланг ўлчов би-



81-расм. Орқа ассинклитизми (Литцман бўйича)

лан пастда туриши). Ҳомила боши туғруқдан кейин ясси чаноқда асимметрик (бир хил эмас) ҳолатда бўлади.

Агар ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки қов суягига яқин бўлиб, орқа чакка промонториум томонда, олдинги чакка қов бўғимига яқин бўлса, буни орқа ассиаклитизми деб юритилади (81-расм). Бунда туғруқ бўлмайди, чунки олдинги чакка суяги қов тепасида тутилиб қолиб, ҳомила бошининг сурилишига тўсқинлик қилади.

Бир текис торайган ясси чаноқда туғиш механизми. Чаноқнинг бундай аномалиясида туғруқ жуда оғир ўтади. Чаноқда аномалиянинг қайси ҳолати (текис торайган ёки ясси) кўпроқ бўлса, туғруқ ҳам шу турдаги чаноқларда бўладиган туғиш механизми турига мослашиб ўтади. Ҳар тарафдан баробар торайган, ясси чаноқда ҳомила бошининг олдин келиши, турли аномалияларга сабаб бўлади. Буларга бошнинг тепа суяклари билан олдин келиши, ҳомила бошининг ҳаддан ташқари очилиб орқага эгилиб келиши, унинг узоқ вақт ўқ-ёйсимон чоки билан чаноқ кириш қисмининг кўндаланг ўлчамида туриб қолиши каби ҳоллар киради. Бунда туғруқ патологик ҳолда кечади. Бу она ва ҳомила учун жуда хавотирли ҳолат ҳисобланади.

Воронкасимон чаноқларда туғиш механизми. Бу хилдаги чаноқ таналари атлетик типда бўлган аёлларда учрайди. Ассимиляцион ва кифатик чаноқлар ҳам шу типга киради.

Воронкасимон чаноқда кичик чаноқ кириш қисмининг тўғри ўлчами ўзгармаганлиги учун туғруқнинг бошида чаноқнинг торлиги билинмайди. Бунда ҳомила боши кичик чаноқнинг кириш қисмига осон суқилади. Бундай чаноқларда чаноқ чиқиш қисмининг ўлчами кам бўлади. Қов суяги торайган бўлиб, шунинг учун ҳомила боши уни орқа бўлимидан ўтади.

Ҳомила боши чаноқ ичида сурилиш жараёнида айланиб, чаноқнинг чиқиш қисмига келганда тўхтаб қолади. Баъзи ҳолларда ҳомила боши чаноқ ичида айланмай, ўқ-ёй чоки билан чаноқнинг кўндаланг ўлчамида бўлади. Айниқса ассимиляцион чаноқда думғаза чуқурчаси бўлмай, текис бўлиши бунга сабаб бўлади. Воронкасимон чаноқда баъзан бош тепаси билан келиши кузатилади. Туғруқ жараёнининг оғир патологик ҳолатда кечишини ҳисобга олган ҳолда чаноқнинг кириш ўлчами билан бирга чиқиш ўлчамини ҳам ўлчаш керак.

Кўндалангига торайган чаноқда туғиш механизми. Бу хилдаги чаноққа кўндаланг ўлчами торайган чаноқлар киради. Кўндаланг ўлчамнинг торлиги чаноқнинг тўғри ўлчамига нисбатан белгиланади. Кўндаланг ўлчамни типик торайиши Роберт чаноғидир. Думғаза ёнбош бўғимининг онкилозида ва думғаза қанотлари бўлмаганида учрайди. Болаларда учрайдиган инфантил чаноқда ҳам тўғри ўлчамга нисбатан кўндаланг ўлчам кам бўлади.

Кўндалангига торайган чаноқда ҳомила боши кичик чаноқнинг кириш қисмида ўзининг ўқ-ёйсимон чоки билан тўғри ўлчамда туради.

Бу хил чаноқда кўпинча ҳомила боши чаноқнинг кириш қисмига суқила олмайди, агар суқилса ҳам чаноқнинг тор қисмида тўхтаб қолади. Камдан-кам ҳолатларда энса қисми билан олдинга айланади. Баъзан туғруқ нормал ўтса ҳам ҳомила орқа кўринишда туғилади. Кўп ҳолатларда туғруқ акушерлик операциялари ёрдамида (кесарча кесиш, перфорация ва бошқалар) олиб борилади.

Қийшайиб торайган чаноқда туғруқ механизми. Бундай чаноққа кефсокелиотик, анкилотик, коксолгик чаноқлар киради. Бу хил чаноқларда одатдаги туғруқ механизми бўлмайди. Кўп ҳолатларда бу чаноқ ўлчамлари ва торайиш даражасига боғлиқ.

ТОР ЧАНОҚЛАРДА ТУҒРУҚНИ БОШҚАРИШ

XVII ва XVIII асрларда кесарча кесиш операцияси чаноғи жуда тор аёлларда қўлланилган. Шунингдек XVII асрда туғруқда тор чаноқ аниқланса краниотомия операциясидан фойдаланилган. Бундан ташқари ҳомила-

дорликни эрта тўхтатиш йўли билан ёрдам берганлар. 1777 йилда туғруқда биринчи маротаба симфизизни қирқиш (симфизиотомия) операциясидан фойдаланганлар. Аммо симфизиотомия ҳақида кўп мулоҳазалар билдирилган.

Ф.Н.Ильин симфизиотомия қилинган аёлларни кузатиши натижасида кесилган симфизнинг битишининг 3 хил кечишини айтади.

Унинг айтишича:

1) кесилган қисмда суяклар периостал ва эндостал типда шаклланиши;

2) аралаш битиши: усти (периост) суякли, ички қисми кўпинча тўқимали;

3) қўшувчи тўқимали чандиқлар.

Бириктирувчи тўқимали чандиқлар туфайли ёлғон бўғим вужудга келиб, аёлнинг ишлаш қобилияти пасайиб кетади. У тез чарчайдиган бўлиб қолади ва қов бўғими соҳасидаги оғриқдан шикоят қилади. Бундай аёллар ғоз каби қадам ташлайдилар.

Юқорида келтирилган операция натижасида вужудга келадиган нуқсонлар туфайли бу хилдаги операциялардан акушерлик амалиётида фойдаланмай қўйдилар.

Яна бошқа бир муаллифлар ҳомилани чаноқ қисмига айлантириш операциясидан фойдаланишни таклиф қиладилар. Аммо бу хилдаги операция ҳам акушерлик амалиётида деярли қўлланилмайди. Чунки ҳомилани айлантиргандан кейин тор чаноқдан уни чаноқ қисми туғилиб, боши ва елкаси чаноқ каналида қисилиб қолади. Натижада ҳомила ҳалок бўлади.

Бундан ташқари, ҳомилани бошига айлантириш операцияси ҳам енгил операциялардан эмас, бунда бир қанча қийинчиликларга учрашдан ташқари, оёғидан ушлаб айлантириш жараёнида ҳомила жароҳатланиб, асфиксияга учрайди. Шунинг учун тор чаноқдаги туғруқ ўтишини таъминлашда бу хилдаги операцияни қўллаш керак эмас. Демак, юқорида келтирилган профилактик омиллар, ҳомиладорликни барвақт тўхтатиш — пубоэктомия ва ҳомилани чаноқ қисмига айлантириш усуллари ҳозирда қўлланилмайди.

Туғруқни нормал ўтишини таъминлаш:

1) тор чаноқнинг функционал ҳолатини ҳомиладор аёлларда эрта аниқлай билиш;

2) ўз вақтида стационарга ётқизиш (10-12 кун олдин).

3) акушер ўз мутахассислигини яхши билиши (квалификацияси), ўз касбини моҳир устаси бўлиши;

4) стационар шароитида акушерлик операцияларини ўтказиш учун лозим шароит (аппаратлар, операция хонаси ва операцияга керак бўладиган асбоблар) бўлиши;

5) ассептика, антисептика усулларидан фойдаланиш;

6) эстетика ва деонтологияга риоя қилиш.

Шу келтирилган омиллардан фойдалана билиш талаб қилинади.

Кўпроқ тор чаноқларда туғруқ дардининг сустлиги кузатилади, бу ҳолат анча оғир бўлиб унда туғруқ дардини кучайтириш учун турли усуллар, хусусан баъзи акушерлар 1 мл питиутриндан инъекция қилишни таклиф этадилар. Бундай қилиш асло мумкин эмас, чунки бу бачадон йиртилиши ва ҳомилани талофат кўришига сабаб бўлиши мумкин.

Бунда Хмелевский (глюкоза ва кальций хлор) ва Николаевнинг (ҳомила асфиксияси профилактикаси учун) усулини қўллаш ўринлидир. Бундан ташқари, ҳомиладор аёл чарчаган бўлса, дам олдириш лозим бўлади.

Вальхер (Waleher) ясси чаноқда қоғоноқ суви кетиб, бачадон бўйни тўла очилгандан кейин ҳомиладор аёлни каравот четига, оёқларини пастга осилтирган ҳолда ётқизилса, қов тўғими бир оз очилиб, чаноқнинг чин конъюгата ўлчамига 0,5-1 см қўшилади, натижада чаноқ 0,5-1,6 см га кенгаяди (82-расм). Бу ҳолатни



82-расм. Вальхер ҳолати.

фақат дард тутганда қўллаб ҳар дард орасида аёл оёғини стулга қўйиб туради. Аёлнинг Вальхер ҳолатида 20 минутдан узоқ ётиши унга оғирлик қилади.

Аммо сўнгги изланишлар (рентгенда) натижасида чаноқнинг кенгайиши тасдиқланмаган, шунинг учун ҳозирда бу усулдан фойдаланилмайди. Қийшайиб торайган чаноқда туғруқ жараёнида ҳомила бошининг чаноқнинг қайси ўлчамида туриш ҳолати аҳамиятга эга. Агар ҳомила боши чаноқнинг катта қийшиқ ўлчамида жойлашса туғруқ нормал ўтади (одатда туғруқ чаноқнинг касал томони орқали ўтади).

Маълумки, агар ёшликда думғаза-ёнбош бўғимида патологик ҳолат бўлган бўлса, қиз бола оғриқдан сақланиш учун соғлом оёғига босади, чаноқ суяклари ҳали тўла етилмагани учун юмшоқ бўлади шу сабабдан сон бўғими орқали келган босим сон бўғим чуқурчасини (fossa acetabuli) ичкарига суради ва шу чуқурча чаноқ ичига ботган ҳолатда бўлиб қолиб, касал томон босилмагани учун унинг ўлчами ошади ёки нормал ҳолатдалигича қолади. Шунинг учун кўп ҳолатларда туғруқда ҳомила боши чаноқнинг касал томони бўйлаб сурилиб туғилади. Бу хилдаги чаноқларда туғиш механизми ҳамма томондан баробар торайган чаноқларга ўхшаб кетади. Ҳомила бошининг чаноқ канали бўйича сурилиши коксальгик чаноқларда осонроқ бўлади. Кефотик, сколиозли, рахитик чаноқларда чаноқ қийшиқ, ўлчами тор бўлса, туғруқ анча оғир кечади.

Чаноқ тор бўлганда туғруқни бошқариш акушерликда энг қийин ва асосий масалалардан бири бўлиб ҳисобланади.

Туғруқ жараёнида операция йўли билан тамомлашни талаб қиладиган турли ва жуда кўп оғир ҳолатларни учратиш мумкин. Биноварин ҳомиладор аёлнинг чаноғи анотомик жиҳатдан тор бўлса, албатта уни туғишдан 12-15 кун илгари врач назорати учун стационарга ётқизиш керак. Тор чаноқда туғруқни олиб бориш учун шифокор ниҳоятда зийрак ва чидамли бўлиши, зарур бўлиб қолганда турли усулларни ўз вақтида қўллай билиши лозим. Бундай ҳолларда у лоқайдлик қилмай, туғруқни фаол бошқариши керак.

Чаноқ анотомик жиҳатдан биринчи ва иккинчи даражада тор бўлиб, ҳомила катта бўлмаса, тўлғоқ ва кучаниқ

нормал бўлса, ҳомила боши яхши конфигурация қилса, туғруқ кузатиш йўли билан олиб борилади. Аммо бунда шифокорнинг тажрибаси ўз касбига бўлган муҳаббати катта рол ўйнайди. Она ва ҳомила учун оғир ҳолат рўй берса дарҳол акушерлик операциясини қўллашга тўғри келади.

Туғруқнинг кечишини олдиндан аниқлаш учун ҳомиланинг боши билан она чаноғи ўртасидаги ҳолатни, туғруқ фаолиятини, ҳомила бошининг конфигурация қилиш хусусиятини билган ҳолда ташхиснинг ҳамма усулларини қўллаш керак бўлади. Бундай вақтда туғруқнинг кечишига, она ва ҳомиланинг умумий ҳолатига қараб туғдириш усулларидан бирортасини танланади.

Чаноқнинг учинчи даражали торлигида агар ҳомила ўлик бўлса, эмбриотомия операциясидан фойдаланиш керак бўлади (бунда чаноқнинг тўғри ўлчами 5 дан 7 см бўлгани учун эмбриотомияга қисман шароит бор). Агар ҳомила тирик бўлса, кесарча кесиш операцияси қилиш ўринлидир. Чаноқнинг тўртинчи даражадаги торлигида, ҳомиланинг тирик ёки ўликлигидан қатъий назар, кесарча кесиш операциясидан фойдаланилади.

Чаноқ ҳақида ҳукм чиқаришда акушерликдаги барча текшириш усулларидан фойдаланиш лозим.

Қоғоноқнинг вақтидан илгари ёрилишини олдини олиш учун тор чаноқнинг шаклига қараб ҳомиладорни бир ёнбошига қараб ётқизилади ва туғруқ дардини нормал кечишини таъминланади. Ҳар томони баробар торайган чаноқда биринчи ҳолатда ҳомиладорнинг чап ёнига, иккинчи ҳолатда ўнг ёнига (кичик лиқилдоқ томонга) ясси чаноқда катта лиқилдоқ турган томон ётқизилади. Туғаётган аёлнинг бундай ҳолатда ётиши ҳомила бошининг олдин тўғри келишига ва қоғоноқ суви эрта кетиб қолмаслигига имкон беради.

Чаноқ тор бўлганда туғруқ узоқ давом этиб, бу туғаётган аёлдан кўп куч талаб қилади ва у қаттиқ толиқади. Шунинг учун туғаётган аёлнинг умумий ҳолатини текшириб туриш, унга қувват бўладиган витаминли овқатлар, аччиқ чой, кофе, сут, қайнатма шўрва, ҳар хил мевалар, сабзавотлар бериш тана ҳарорати ва томир урушини кузатиб туриш, қовуқ ва тўғри ичакни бўшатилишини

текшириб, қон босимини ўлчаб туриш лозим. Ҳомиланинг юрак уришини ҳам кузатиб туриш зарур.

Дарднинг кучи ва қайталаниш тезлигига қараб туғруқнинг қандай ўтаётганлиги ҳақида фикр юритилади. Чаноқнинг функционал ҳолатини аниқлаб, клиник тор чаноқни ўз вақтида ўрганишда қуйидаги усуллардан фойдаланилади:

Ҳомила боши билан она чаноғининг мос келмаслигини аниқлаш учун қорин девори орқали пайпаслаб ҳомила бошининг туриш ҳолатини ўрганишдан ташқари В.А.Вастен таклиф қилан усулдан фойдаланса ҳам бўлади. Бу усул бехавотир ва амалий жиҳатдан жуда қулайдир.

В.А.Вастен усули ҳомила бошининг симфиз юзасига муносабатини аниқлашга асосланган дир. Бу усул қоғоноқ суви кетиб, бачадон бўйни тўла очиқ бўлганда, ҳомиланинг боши чаноқнинг кириш қисмига суқилиб киргандан кейин қўлланилади. Бунинг учун туғувчи аёл (аввал қовуқни бўшатилади) оёқларини узатган ҳолда чалқанча ётади. Текширувчи врач бармоқларини ёзган ҳолда битта кўл кафтини қов юзасига қўяди ва сирғанадиган ҳаракат билан юқорига йўналтиради, қорин девори тўқималари бўйича ҳомиланинг бош томонига суради (қорин девори устидан).

Бу ҳаракат вақтида қўл кафти қов суягининг юқори четига етганда, пастга сирғаниб (гўё чуқурчага тушади), қўлига ҳомила бошининг олдинги юзаси билинса, бу ҳомила бошининг ўлчамлари чаноқ кириш қисмининг ўлчамидан кам эканини, кичиқ чаноқ билан ҳомила боши бир-бири билан мос келганлигини кўрсатади. Агар кафт қов суягининг юқори четига етгунча пастга сирғанмай дарҳол ҳомила бошининг олдинги юзасига ўтса, бу ҳомила боши билан чаноқ ўлчамлари бир хиллигини улар бир-бирига озгина мос келмаганлигини кўрсатади. Агар бунда туғруқ дарди яхшилигини ва ҳомила бошининг конфигурация қилиши мумкинлиги (бош суяклари ва чоклари нормал ҳолатда)ни ҳисобга олган ҳолда туғруқни жиддий бошқариш, агар патологик ҳолат ҳавфи бўлса, ўз вақтида ёрдам кўрсата билиш керак. Агар қов устига қўйилган кафтни юқорига сурганда у юқорига сурилиб бош устига чиқса унда чаноқ билан ҳомила боши бир-

бирига тўғри келмаслигидан далолат беради. Бунда акушерлик операцияларидан фойдаланишга тўғри келади. В.А.Вастен белгиси, манфий бўлганда (чаноқ мос келганда) туғруқ айрим қийинчиликларсиз мустақил ўтиши мумкин. Агар Вастен усулида текширилганда ҳомила боши она чаноғига озгина мос келса, аммо туғруқ фаолияти кучли, ҳомила бошининг конфигурация қилиниш хусусияти яхши бўлса, бунда ҳам туғруқ мустақил ўтиши мумкин.

Туғруқ фаолияти суст бўлиб, ҳомиланинг бош суяклари қаттиқ бўлса, конфигурация қилолмаса туғруқ узоқ чўзилади. Бундай ҳолларда акушерлик операцияларидан фойдаланилади.

Агар Вастен белгиси мусбат бўлиб, ҳомила боши билан она чаноғи бир-бирига мос келмаса, сув кетгандан кейин туғуруқ 2-3 соат давомида мустақил ўтмаса, кесарча кесиш усули қўлланилади. Вастен белгиси мусбат бўлиб ҳомила тирик бўлса, бунда сўзсиз кесарча кесиш операциясини қўллаш лозим. Ҳомила ўлик, гидроцефалия бўлса, бунда ҳомилани емирув операция усулларидан фойдаланилади.

Цангемейстер усули. Ташқи коньюгата ўлчангандан кейин тазомернинг орқа тугмасини жойида қолдириб, олдингисини симфиздан ҳомила боши олдинги юзасини энг баланд нуқтасига қўйилади. Бу ташқи коньюгата билан ҳомила бошидан думғаза усти чуқурчасигача бўлган ўлчамни аниқлашдир. Ташқи коньюгата ўлчами иккинчи ўлчамдан кам бўлса, бунда туғруқ жараёни сунъий йўл билан ўтиши мумкин бўлмайди, агар ҳар икки ўлчам бир хил бўлса, бунда туғруқни синчиклаб кузатиш, асоратлар бўлишига йўл қўймаслик лозим бўлади. Агар туғруқ жараёнида бирор патологик ҳолат кузатилса, дарҳол туғруққа ёрдам бериш, ҳомила тирик бўлса кесарча кесиш, ўлик бўлса эмбриотомия операцияларидан фойдаланиш керак. Агар иккинчи ўлчам ташқи коньюгатадан кўп бўлса, бунда Цангемейстер белгиси мусбат бўлиб, туғруқни консерватив усулда олиб бориш асло мумкин эмас. Шунга кўра шароитни ҳисобга олган ҳолда кесарча кесиш операциясидан ёки бошқа акушерлик операцияларидан фойдаланиш керак. Цангемейстер усулидан ҳам ҳомила олди суви

кетиб, бачадон бўйни тўла очиқ бўлганда фойдаланиш лозим.

Юқорида айтиб ўтилганлардан қуйидаги хулосага келиш мумкин:

Чаноқлар анотомик ва клиник (функционал) жиҳатдан тор бўлиши мумкин. Лекин анатомик тор чаноқ, клиник жиҳатдан ҳамма вақт ҳам тор бўлмагани каби нормал ўлчамдаги чаноқ баъзан, шу ҳомила учун тор бўлиши мумкин.

Шунинг учун акушер норма́л ўлчамдаги чаноқни ҳам клиник жиҳатдан мос ёки мос эмаслигини аҳамият бериб кузатиши шарт. Акс ҳолда чаноқ ўлчами нормал деб бепарволикка йўл қўйилса, албатта бирор патологик ҳолат юз бериши мумкин.

XVII БОБ

АКУШЕРЛИК ҚИСҚИЧЛАРИ

Акушерлик қисқичларидан фойдаланиш ҳақидаги ғоя XVII асрда вужудга келади. Бундай қисқични биринчи маротаба П.Чемберлен (1560—1631) ихтиро этди.

Шундан кейин 1723 йилда Иоган Пальфин, 1733 йилда Дюже, кейинги йилларда бирин-кетин, 1751 йилда Францияда Левре, 1752 йилда Англияда Смеллилар бошқа турдаги қисқичларни ихтиро этдилар.

Россияда акушерлик қисқичларидан биринчи маротаба 1725 йилда Н.Ф.Эразмус фойдаланган, 1784 йилда Н.М.Амбодик қисқич қўйиш операциясини қилишдаги кўрсаткичлар, қандай шароитда ишлатиш ва операция қилиш техникаси ҳақида китоб чоп этди. Қисқичларни турлари кўп бўлиб, ҳозирда Симпсон қисқичидан кўпроқ фойдаланилади. Биз қуйида И.И.Яковлев тузган жадвални келтирамиз (11-жадвал).

Бу жадвални келтиришдан мақсад қисқич ҳомила бошининг қандай жойлашганлигини яхши тасаввур қилган ҳолда қўйилса, операцияни қилишда осонлик туғдиради.

Акушерлик амалиётидан маълумки, қисқич қўйиш учун зарур бўлган шарт-шароитлар ҳисобга олинмаса, қўйилган қисқич оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Ху-

сусан ҳомила бош суягини зарарланиши, миясига қон қуйилиши, хатто нобуд бўлиши, онанинг эса юмшоқ тўқималари зарарланишидан ташқари, суяклари жароҳатланиши, қов бўғимининг ажралиб йиртилиши каби оғир асоратлар кузатилиши мумкин.

11-жадвал

Ҳомила энсаси билан олдин келганда чаноқ ичи сатҳига бўлган муносабатини аниқлаш (И.И.Яковлев бўйича)

Ҳомила бошининг жойлашган ҳолати	Ташқи текшириш усули билан аниқлаш	Қин орқали текшириб аниқлаш
Ҳомила боши чаноқнинг кириш сатҳидан юқорида, қимирловчи ёки умуман кириш сатҳидан юқорида.	Пайпаслаганда ҳомила бошини ҳар томонга қўзғатиб бўлади. Текшираётган қўлларни осонлик билан ҳомила боши тагидан бир-бирига яқинлаштириш мумкин.	Бармоқлар ёрдамида ҳомила бошини фақат ташқи қўл билан чаноқнинг кириш томонига сургандагина унга тегиш (диагонал конъюгата), чаноқ ичини текшириш мумкин. Бармоқлар ёрдамида чаноқнинг деворлари сатҳини (қов суягининг юқори сатҳи, номсиз, чизиқни, думғаза суягини), умуман чаноқнинг барча қисмларини пайпаслаш мумкин бўлади.
Ҳомила бошини чаноқнинг кириш сатҳида қисилган ҳолда чегарали равишда қимирлатиш мумкин.	Ҳомила боши чаноқнинг кириш қисмида суқилган ҳолатда, қўл билан уни қўзғатиш қийин, бош остига текширувчи қўлни киргизиш учун фақат бошни юқорига суриш лозим бўлади.	Текширувчи бармоқлари билан бошга тега олади. Бунда бошни юқорига суриш мумкин. Бармоқни эгган ҳолда промонториумга тегизиш мумкин.
Ҳомила боши кичик сегменти билан чаноқ киришининг сатҳида қисилган ҳолатда.	Бармоқлар ёрдамида ҳомила бошининг бир қисмини пайпаслаш мумкин, ҳали бошнинг кўп қисми чаноқ киришидан юқорида туради. Бир томонида пешона иккинчи томонда энса пайпасланади. Ташқаридан текширилганда қўл бармоқлари бир-биридан узоқда бўлади.	Ҳомила бошининг пастки кичик лиқилдоқ соҳасига осон тегилади. Ҳали чаноқ суягининг сатҳини кўп қисмини пайпаслаш мумкин. Промонториумга эса фақат бармоқларни буккан ҳолда тегиш мумкин.

Ҳомила бошининг жойлашган ҳолати	Ташқи текшириш усули билан аниқлаш	Қин орқали текшириб аниқлаш
Ҳомила боши ўзининг катта сегменти билан кириш қисмига суқилган ҳолда ёки унинг ичининг кенг қисмида жойлашган.	Ҳомила бошининг кўп қисми кичик чаноқ кириш сатҳидан анча пастга тушиб жойлашгани учун, Пискачек усули бўйича ҳомила бошига анча қийинчилик билан тегиш мумкин.	Ҳомила бошининг пастки сатҳи ўтиргич суягининг ўсиқлари (spina ishii) орасида жойлашган бўлиб, промонториумга бармоқларни тегизиб бўлмайди. Думғаза чуқурчаси бош билан тўлган. Фақат унинг пастки қисмини пайпаслаш мумкин.
Ҳомила боши чаноқ ичида, аниқроғи чаноқнинг тор қисмида.	Текшираётган қўл бармоқлари билан ҳомила бўйнини елка соҳасини пайпаслаш мумкин. Пискачек бўйича ҳомила бошига осон тегилади.	Ҳомила бошининг пастки сатҳи ўтиргич суяги ўсиғи (spina ishii) дан пастда. Ҳомила боши думғаза чуқурчасини тўлатган. Симфиз ва чаноқ ўтиргич суякларини пайпаслаб бўлмайди.
Ҳомила боши кичик чаноқ чиқишида.	Шу каби	Ҳомила боши чаноқ тубида, дум суягини бармоқ билан пайпаслаш мумкин. Ташқи жинсий аъзонинг юмшоқ қисмини ва қиндан чиқиш қисми пайпасланади. Ташқи жинсий ёриқдан ҳомила бошининг чоки кўриниб турали.

Акушерлик қисқичларидан асосан туғруқнинг иккинчи даврини яъни қучаниқни тўхтатишда фойдаланилади. Қисқичларни қўйишда албатта врачдан маълум даражада моҳирликни талаб қилинади. Бу борада И.П.Лазаревичнинг қуйидаги доно сўзларини келтириш ўринли: "Акушерлик қисқичидек бошқа бирорта асбоб йўққи, врачдан ўта билимдонлик ва мускуллар сезгирлигини яхши билишни, эҳтиётқорликни талаб қилсин".

Баъзи акушерлар қисқич ишлатишни танланган операция усули деб ҳисоблайдилар. Бу хато фикр бўлиб, ўринсиз қўйилган қисқичлардан операция вақтида, ундан

кейин ва хатто бир неча йил ўтгандан кейин ҳам унинг берган асоратлари намоён бўлади. Қисқич ёрдамида туғдирилган болалар баъзан ақлий ва жисмоний ўсишдан орқада қоладилар. Шунингдек, болаларда руҳий касаллик, оёқ ва қўлларнинг парези ва параличи, гапиришнинг бузилиши ва бошқа нуқсонларни учратиш мумкин.

Акушерлик қисқичи асосан ҳомиланинг туғилишини тезлатиш учун ишлатиладиган асбоб бўлиб, М.С.Малиновский айтгандек қисқич ёрдамида ҳомила бошини чаноқ сатҳида жойлашишини тўғрилаш мумкин эмас.

Баъзи муаллифларнинг фикрича, агар врач малакали бўлса чаноқ букилмаси бўлмаган қисқичлардан фойдаланган ҳолда ҳомила бошининг жойланиш ҳолатини ўзгартириш мумкин. Биз бу фикрга қўшила олмаймиз. Қисқич фақат ҳомилани туғилишига ёрдам берадиган асбоб сифатида қўлланиши керак. Акушер қўлидаги қисқич ҳам жарроҳни қўлидаги пичоқ каби унинг малакасини белгилайдиган тамғадир (Феллинг).

Феллингнинг фикрича қисқич фақат ташқаридан куч бериб, ҳомилани туғилишини енгиллаштирувчи асбоб бўлиб, ҳеч қачон ҳомила бошига механик таъсир кўрсатмаслиги керак. Қисқичлар ҳомила бошига шундай жойлашиши керакки, бош нормал туғруқ жараёнидаги каби босим таъсирида бўлсин. Қисқичнинг бошга таъсири минимал даражада бўлиши керак.

Қисқичларнинг тури: қисқичларнинг тури жуда кўп бўлиб, булардан Симсоннинг Феноменов билан биргаликда қайта шакллантирилган қисқичи кўпроқ ишлатилади.

Бу калта қисқич бўлиб, бироз чаноқ айланмаси бор, у чаноқ шаклига мослашган, бандлари қулфли, қўзғалувчан, унинг тузилиши қуйидагича: чап қошиқнинг юқорисида пластинка, ўнгида ҳам худди шундай пластинка бўлиб пастда жойлашган. Шу пластинкалар ёрдамида қисқичнинг ҳар икки қошиғи бир-бирига кирган. Шу пластинкалар ёрдамида қисқич қошиқларини юқорига ёки пастга суриш мумкин бўлади. Бу билан қисқичларда маълум қўзғалиш таъминланади. Бу хилдаги қисқичларда бош айланмасининг чуқурчаси бўлиб, ҳомила бошини қаттиқ қисмаслик учун мослашган.

Лазеревич қисқичида фақат бош айланмаси учун чуқурча бўлиб, чаноқ ўйиғи (fossa sacrum) учун чуқурча (букилма) бўлмайди. Бу қисқич ўзи тўғри бўлиб, узунлиги 36 см, қулфлидир. Бундай қисқичлар юқорида (чаноқ киришида) жойлашган ҳомила бошини олиб чиқиш учун мўлжалланган бўлиб, акушерлик амалиётида деярли қўлланилмайди. Чунки одатда қисқич ҳомила боши фақат чаноқ ичида ёки чиқиш қисмида бўлгандагина қўйилади, ундан юқорида бўлса қисқич қўйиш мумкин эмаслигини врач асло унутмаслиги керак.

Негель ихтиро қилган қисқич ҳар икки қисқичнинг бирлиги бўлиб, англиялик ва француз акушерлари ихтиро этган қисқичларнинг деярли бирикмасидир. Биз қуйидаги жадвалда шу қисқичлар турини кўрсатиб ўтамиз. (12-жадвал).

12-жадвал

Турли конструкциядаги қисқичларнинг техник жиҳатдан сифатланиши (А.А.Иванов ва А.В.Лаикович бўйича).

Қисқичлар	Узунлиги	Қулфи	Чаноқ эгилмаси
Руссларники	Ўртача	Жуда қўзғалувчан	Йўқ
Англияликларники	Кам	Ўртача қўзғалувчан	Бироз
Немсларники	Ўртача	Деярли қўзғалмайди	Қисман
Французларники	Калта	Қимирламайди	Катта

Юқоридаги жадвалдан кўриниб турибдики, баъзи қисқичлар қошиғида ҳомила бошига мослашган ўйилма ва чаноқ ўқининг йўналишига мослашган айланма бўлади. Чаноқ қошиғидаги ўйилма ҳомила бошини қаттиқ сиқилмаслигига мослашган. Шуларни ҳисобга олган ҳолда француз қисқичларидан кўпроқ фойдаланилади.

К.В.Чачава ва П.Д.Вашакидзелар юмшоқ қисқичларни тавсия этганлар. Улар ихтиро қилган қисқичларда ҳомила боши тегиб турадиган сатҳига резина қопланган бўлиб, бошни унчалик эзмайди.

М.С.Малиновскийнинг фикрича, қисқичлар қандай тузилган бўлмасин, 750 грамдан оғир ва 40 см дан узун бўлмаслиги керак.

Уларнинг банди 15 см, қошиғи 20 см, бош айланаси ўйиғи 8 см, чаноқ айланаси 7-7,5 см бўлиши, қошиқлар

оралиғи 2-2,5 см, қошиқларнинг кенглиги 4-4,5 см, қалинлиги 44 мм бўлиши керак.

Қисқич қўйиш учун кўрсатмалар. Қисқич қўйишга кўрсатмаларни тўғри ва ўринли аниқлаш врачдан чуқур билим талаб қилади.

Юқорида айтиб ўтганимиздек қисқич она ёки ҳомила томонидан баъзан ҳар иккаласидаги мавжуд кўрсатмалар асосида қўйилади. Бунда қисқич асосан туғруқ жараёнини тезлаштириш учун ишлатилиб, фақат ҳомиланинг тирик туғилишига қаратилган бўлади. Агар ҳомила ўлик бўлса бу усулдан фойдаланилмайди.

1. Она томонидан кўрсатмалар:

а) туғруқ дарди иккиламчи суст бўлганда туғруқ жараёни чўзилади, ҳомиланинг чаноқ ичида сурилиши сустлашади ёки бутунлай тўхтаб, натижада ҳомила боши чаноқнинг бирор сатҳида узоқ туриб қолади. Агар бу ҳолат икки соатдан кўп давом этса, унда аёл учун оғир ҳолат вужудга келади. Ҳомила боши туғруқ йўлининг юмшоқ тўқимасини ва чаноқдаги аъзоларни (қовуқ, тўғри ичак), чаноқ деворига босиб, сиқиб қўяди, босилган шу қисмда дастлаб қон оқиш камаяди (жойли ишемия), кейин бутунлай тўхтайди. Натижада шу жой қонсизланиб, некрозга учрайди, ниҳоят некроз кўчиб тушиши натижасида шу ерда қовуқ, тўғри ичак оқмаси вужудга келади. Бу ҳолат чилла даврининг 3-4 кунлари, баъзан кейинроқ намоён бўлади. Бундан ташқари, ҳомиланинг туғилиши узоқ вақт давом этса унда аста-секин кислород танглиги авж олиб, асфиксия вужудга келади. Агар ўз вақтида ёрдам берилмаса ҳомиланинг ҳалокати билан натижаланади.

М.С.Малиновскийнинг айтишича, агар ҳомила боши биринчи туғувчиларда 2 соат, қайта туғувчиларда 1 соат чаноқ ичида ёки тубида туриб қолса, бу қисқич қўйиш кераклигидан дарак беради. Лекин бунда дастлаб туғруқ дардини иккиламчи сустлигини тезлаштирувчи омиллардан фойдаланиш лозим. Аммо ҳомила ҳаёти ҳавф остида бўлса, бунда албатта қисқич ёрдамида туғруқни тезлаштириш лозим бўлади.

2. Онадаги баъзи бир патологик ҳолатлар:

а) юрак порогининг суб ва декомпенсацияси.

Юрак пороги стенозида одатда туғруқнинг иккинчи даврини қисқич ёрдамида тугаллаш керак бўлади. Маълумки юрак порогининг барча турларида суб ва декомпенсация вужудга келиши мумкин, шунинг учун бундай ҳомиладор аёллар терапевт назорати остида ёки махсус ихтисослашган стационарда туғишлари керак. Акушер эса қисқич қўйиш кўрсатмаларини ўз вақтида аниқлаши ва ҳомила ҳолатини назорат қилиб туриши лозим;

б) ўткир ва сурункали инфекцион касалликларда (сил, нефрит, оғир гипертония, баъзи бир асаб касалликлари) қисқич қўйилади. Акс ҳолда бу хилдаги касалликлар туғруқ жараёнида кучайиб, оғир асоратларга сабаб бўлиши мумкин;

в) турли ўпка касалликларида (бронхиал астма ва бошқалар) туғруқ жараёнида вужудга келадиган қорин бўшлиғидаги босимнинг ошиши диафрагмани сиқиб юқорига кўтаради. Бу ҳолат ўз навбатида ўпканинг нафас олиш ва чиқазиш хажмини камайтиради. Натижада аёлнинг нафас олиши қийинлашиб нафас етишмовчилигини келтириб чиқазиши мумкин.

г) бундан ташқари аёлда катта бўқоқ бўлса ҳам аёлнинг умумий ҳолатига салбий таъсир кўрсатади. Бундай ҳолларда қисқич қўйишнинг иложи бўлмаса, унда шу операцияни қўллаш лозим бўлади.

д) аёлнинг туғиш жараёнида бирор юқумли касаллик туфайли тана ҳарорати кўтарилса ёки туғишдан илгари ҳам ҳарорати баланд бўлган бўлса, бу ҳолат аёл ва ҳомила ҳаётида хавф туғдириши мумкин. Шунинг учун бу ҳолатда ҳам иложи бўлса қисқичдан фойдаланиш лозим бўлади.

е) туғруқ жараёнида қон кетиб қолса, хусусан жинсий аъзо соҳасидаги веналарнинг кенгайиб кетиши ва улар ёрилиб, қон кетса, бундан ташқари плацентани вақтидан илгари кўчиш ҳолати кузатилса, агар қисқич қўйишнинг иложи бўлса, унинг ёрдамида туғруқни тезлаштириш лозим бўлади.

ж) Кечиккан токсикоз-гистозда, унинг оғир кечишида, айниқса эклампсия босқичида шароитга қараб қисқич қўйилади.

з) Туғруқдаги эндометритда.

и) Заҳарланиш ва интоксикацияларда.

Ҳомила томонидан кўрсаткичлар. Ҳомила учун туғруқ жараёнидаги энг оғир ҳолат кислород етишмаслиги ёки кислород билан таъминланишнинг бутунлай тўхтаб қолишидир (қисқа муддатга).

1. Ҳомиланинг киндик тизимчаси қоғаноқ пардасига ёпишган бўлиши, ҳомила туғруқ йўллари бўйлаб сурилганда қиндан, қоғоноқ пардасидан узилиб аёл қон йўқотиши ва халок бўлиши мумкин. Бундай ҳолатда ҳам шароит кўтарса, қисқич ёрдамида туғдириб олган маъқул.

Бундан ташқари, ҳомилани гипоксияга олиб келувчи сабаблар, буларга асосан механик омиллар киради:

2. Киндик ўқининг қисилиб қолиши.

Бачадон бўйни қисман ёки тўла очилиб ҳомила боши чаноқнинг кириш қисмига суқилмаган бўлса, киндик ўқи ҳомила олди суви кетганда у билан пастга тушади, яъни қиндан ташқарига (агар узун бўлса) ёки қин ичига тушади (insertio vilamentosa). Бундай ҳолатда бачадон бўйни тўла очиқ бўлсада, ҳомила боши чаноқнинг кириш қисмига суқилган ёки чаноқ ичига тушган бўлса, ҳомила боши киндик ўқини сиқиб, ҳомилага кислород келиш йўлини тўсиб қўяди. Бундай ҳолатда агар қисқич қўйиш учун шароит бўлса, туғруқни тезлатиб, ҳомила ҳаётини сақлаш учун шу операциядан фойдаланилади.

3. Агар киндик ўқи узун бўлиб, ҳомила ҳаракатчан бўлса, унда у ҳомила танаси ва оёқ-қўлларига ўралиб қолиб, кислород тақчиллигига сабаб бўлади. Агар ҳомила шу ҳолатда чаноқ каналидан сурилиб уни тубига тушган ва тирик бўлса, қисқич қўйиш мумкин. Аммо бундай ҳолатда кўпинча кесарча кесиш операциясидан фойдаланилади.

4. Ҳомиланинг юрак уришининг ўзгариши: юрак уришини секинлаштириш, тезлатиш ҳам қисқич қўйишга кўрсатма бўла олади. Маълумки плацентада қон айланишининг бузилиши қандай патологик ҳолатда вужудга келган бўлмасин, ҳомила юрак уришининг секинлашишига, ритмни нотўғри бўлишига, кейин юрак уришининг тезлашишига сабаб бўлади.

Маълумки, туғруқ дарди тутганда ҳомиланинг юрак уриши бирмунча секинлашади (қон томирларни қисилиб

қолиши натижасида плацентада қон айланиш бирмунча камаяди. Шунга кўра секинлашади). Аммо дард оралиғида нормаллашади, плацентадаги қон айланиш яна тикланади. Баъзан туғруқ дарди жуда кучли, хатто тетаник равишда қисқариш билан кечса, ҳомилада кислород етишмаслиги оғир тусни олади. Шу боис врач дард оралиғида ва дард тутиш жараёнида ҳомиланинг юрак уришидан хабардор бўлиб туриши, агар дард орасида ҳам юрак уриши секинлигича қолса, бу асфиксиядан далолат беради. Бу ҳолат туғруқ жараёнини шароит бўлса қисқич ёрдамида тезлатиб тугаллашни тақозо қилади.

М.С.Малиновскийнинг фикрича, агар ҳомиланинг юрак уриши бир минутда 100 ва ундан камайиб кетса бу ҳам агар шароит бўлса қисқич қўйиш учун кўрсатма ҳисобланади.

Агарда ҳомиланинг юрак уриши борган сари пасайиб борса, бу ҳомиланинг нобуд бўлиши мумкинлигидан, юрак ритмининг ўзгариши эса газ алмашинуви бузилганидан дарак беради. Бунда ҳам туғруқни қисқич ёрдамида тезлатиш керак бўлади. Ҳомила юрак уришининг тезлашишини секинлашишидан кўра енгил ўтказади. Ҳомиланинг юрак уришини тезлашишига унинг кучли қимирлаши, она тана ҳарорати ошиши ва бошқалар сабаб бўлиши мумкин. Ҳомилани думбаси билан туғдириш жараёнида ҳам юрак уриши тезлашиши мумкин.

Аммо юрак уришини узоқ вақтгача тез бўлиши ҳомилага салбий таъсир қилади. Бу ҳолатда қисқич қўйиш ёки қўймаслик ҳақида кўплаб мулоҳазалар бор. Аммо М.С.Малиновскийнинг фикрича агар туғруқ жараёнида ҳомиланинг юрак уриши 120-140 атрофида бўлиб, кейин 160 га кўтарилиб шу ҳолича қолса, бунда ҳам қисқич қўйиш керак. Агар туғруқ жараёнида ҳомиланинг дастлабки ахлат (меконий) ажралиши юз берса, бу ҳомила организмида кўмир ачими йиғилиб қолганлигидан бўлиб, ичак ганглиялари қитиқланишига сабаб бўлади ва натижада ичакларда перисталтика кучаяди, ҳомилада юз берган гипоксия натижасида тўғри ичак қисқичлари бўшалади. Агар бунда юрак уришининг секинлашиши, тезлашиши ёки аритмия ҳолати кузатилса шароит бўлса, қисқич қўйиш керак бўлади. Баъзи мутахассислар ҳомила жуда кучли

қимирласа, бу асфиксиядан далолатдир деб ҳисоблайдилар. Агар туғруқ жараёнида киндик тизимчасида шовқин қаттиқ ва турғун ҳолатда бўлса ҳамда кучая борса, бу ҳолат киндик тизимчасида қон айланишининг бузилганидан дарак беради. Шунинг учун врач доимий равишда ҳомиланинг юрак уришини кузатиб туриши, агар секинлашса унда туғруқни тезлаштириши лозим бўлади. Асфиксия хавфи туғилганда Хмелевский ва Николаев усулларидан фойдаланиш мумкин. Бунинг учун онанинг вена томирига глюкоза, кальций хлорид, кислород ёки Николаев усулида кислород, глюкоза, аскорбин ачими, каразоллар юбориш мумкин.

Қисқич қўйиш учун шароитлар. Умуман қисқич қўйиш учун маълум шароит бўлиши керак. Булар асосан 6 та кўрсаткичлардан иборат бўлиб, қуйидагилар киради:

1) ҳомила тирик бўлиши шарт. Чунки қисқич қўйиш фақатгина она учун эмас, ҳомиланинг ҳаётини сақлаб қолиш, тирик бола туғдиришга қаратилгандир;

2) туғруқ йўллари тайёр бўлиши керак. Албатта бачадон бўйни тўла очиқ бўлиши (10-12 см) яъни 5 бармоқ сиғадиган бўлиши керак.

Агар бачадон бўйни тўла очиқ бўлмаганда қисқич қўйилса, бачадон бўйнини ҳомила боши билан биргаликда қисиб олиб уни оғир жароҳатлаши мумкин. Бу ҳолат бир томондан оғир қон кетишига ва иккинчи томондан бачадон бўйнини нуқсонли бўлиб қолишига сабаб бўлади. Шуларни ҳисобга олган ҳолда қисқични бачадон бўйнини яхшилаб текшириб, тўла очилганига ишонч ҳосил қилгач қўйиш керак. Маълумки, биринчи туғувчиларда бачадон буйнининг канали текисланғандан кейингина унинг ташқи лаби очилади. Бўйнининг очилиш босқичида унинг ташқи тешиги жуда юпқалашган бўлишига қарамай ҳали бутунлай очилмайди. Сўнгги босқичдагина бутунлай очилади;

3) ҳомила боши жуда катта ёки кичкина бўлмаслиги керак.

Маълумки, қисқичларни барча тури нормал ҳажмдаги бош учун мослашгандир. Чала туғилаётган ҳомилалар боши ҳали кичкина бўлгани учун қисқичдан сирғаниб чиқиб кетади. Вақтига етмасдан туғилаётган ҳомилалар-

ни бош суяклари юмшоқ ва ҳали етарли тараққий қилмагани учун, билиб-билмасдан қисқич қўйиш жараёнида бош мияни ҳам зарарлаш мумкин.

Агар ҳомила боши катта, хусусан гидроцефалия бўлса, қисқич билан олиб бўлмайди. Қисқич қўйишда бош катта бўлиши керак. Бундан ташқари қисқич соғлом ва бенуқсон болаларни туғдиришга мўлжалланган. Умуман ҳомила боши катта ёки гидроцефалия бўлса, у чаноқ ичига сурила олмайди, шунинг ўзи ҳам олдиндан қисқич қўйиш ва қўймасликни белгилаб беради;

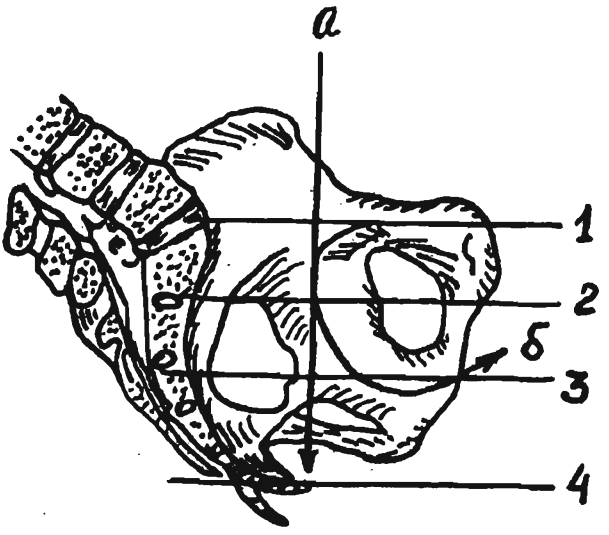
4) ҳомила боши ўзининг катта сегменти билан чаноқ бўшлиғи ичида ёки чаноқ тубида бўлиши керак. Албатта, ҳомила боши ўзининг ўқ-ёй чоки билан чаноқ чиқиш қисмининг тўғри ўлчамида турганида қисқич қўйиш мақсадга мувофиқ. Аслида қисқичлар ҳомиланинг шу ҳолати учун мўлжалланган. Бунда қисқич қошиқлари ҳомила бошига тўғри жойлашиб уни жароҳатламайди. Аммо баъзи ҳолларда қисқичларни ҳомила боши чаноқ ичида (катта сегменти билан) бўлганда ҳам қўйишга тўғри келади. Бунда ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки чаноқ ичининг чаноқнинг ўнг ёки чап қийшиқ ўлчамларида турган бўлади. Бунда қисқичларнинг жойлашиши шу қийшиқ ўлчамга мослашган бўлади.

Шунинг учун қисқич қўйишдан олдин врач ҳомила бошининг туриш ҳолатини аниқ тасаввур қилиши шарт. Бунинг учун врач ҳомила бошини туриш ҳолатини синчиклаб ўрганиши ва аниқ ташхис қўя билиши керак. Баъзи ҳолларда туғруқ жараёнида вужудга келган ҳомила бошидаги туғруқ шиши жинсий тешикдан кўриниб турса, врач ҳомила боши пастда чаноқ чиқишида деб ўйлаб, катта хатога йўл қўяди, яъни қисқич қошиқларини ҳомила бошига нотўғри жойлаштириб, турли оғир жароҳатларга (кўз олмасини жароҳатлаш ва бошқаларга) сабаб бўлиш мумкин. М.С.Малиновский фикрича, Годженинг параллел сатҳидан фойдаланиш лозим (83-расм). Маълумки, Годже чаноқда 4 сатҳни белгилайди:

1. Терминал сатҳ — чаноқ кириш қисмининг сатҳи.

2. Асосий сатҳ — симфизнинг пастки четидан 2-3 думғаза суягигача.

3. Ўтирғич суяги ўсимталари (spina osis ischll) оралиғидаги сатҳ.



83-расм. Чаноқнинг параллел сатҳлари:
1. Терминал. 2. Асосий 3. Орқа 4. Чиқиш.

4. Думғаза ва дум суяги бўғимининг (articulatiosasro coccygea) кесиб ўтадиган сатҳ — чиқиш сатҳи.

Шифокор шу сатҳларга риоя қилган ҳолда, ҳомила боши III ва IV сатҳларда бўлгандагина қисқич қўйиш мумкинлигини унутмаслиги керак.

Агар ҳомила боши унча катта бўлмаса ва катта айланаси билан промонториумдан ўтган бўлса унда у чаноқнинг кириш қисмидан пастга сурилган (II сатҳ) ва симфизнинг пастки четида турган бўлса, унда ҳомила боши III сатҳда, агар думғаза ўсиқчасини бармоқлар билан пайпаслаб бўлмаса унда ҳомила боши чаноқ чиқишида эканлиги аниқланади. Агар қиннинг орқа девори орқали бармоқ билан кириш мумкин бўлмаса, демак, ҳомила боши чаноқ тубида деб фикр юритиш мумкин.

5. Қоғоноқ пардаси йиртилган бўлиши, агар йиртилмаган бўлса, уни йиртиш керак бўлади.

Маълумки, баъзи ҳолларда бачадон бўйнини тўла очилишига қарамай (одатда бачадон бўйни тўла очилгандан кейин қоғоноқ пардаси йиртилади), қоғаноқ пардасининг

қалинлиги туфайли у йиртилмай қолади. Агар шифокор буни ўз вақтида аниқламай шу парда бутун турган ҳолда ҳомила бошига қисқич жойлаштириб ҳомилани туғдирилса, унда ҳомила ўз пардасига ўралган ҳолда туғилади. Бунда ҳомила билан биргаликда йўлдош ҳам ўрнидан кўчиб туғилиб, ҳомилани ҳалок бўлишига ҳамда оғир қон кетишига сабаб бўлиши мумкин.

Аммо баъзи ҳолларда қоғоноқ пардада олдинги сув кам бўлса, ясси қоғоноқ парда ҳомила бошига тегиб тургани учун уни аниқлаш қийин бўлади. Агар олдинги сув етарли бўлса, унда қоғоноқ пардасини аниқлашда қийинчилик туғилмайди. Мабодо, қийинчилик туғилса, қин ойналари ёрдамида аниқлаш мумкин.

6. Чаноқ тор бўлмаслиги керак. Маълумки, қисқич ҳомилани жароҳатламай тирик туғдиришга мўлжалланган, шунинг учун ҳомила бошини эзиб қўйишдан эҳтиёт бўлиш лозим.

М.С.Малиновский ўз китобида Ольстаузеннинг бир гапини келтиради: "Қисқич тор чаноқ учун, кўзга мушт урган билан баробар". Шунинг учун қисқич қўйишдан олдин чаноқни ҳар томонлама ўрганиш, ундаги нуқсонларни аниқлаш (чаноқ ичида ўсимталар, ўсмалар, чаноқ бўғимларида деформациялар бор-йўқлигини аниқлаш) лозим бўлади.

Қисқич қўйиш мумкин бўлмаган сабаблар. 1. Ҳомила ўлик бўлса.

Одатда қисқич ҳомила ҳаётини сақлаш учун қўйилади.

Агар ҳомила туғруқ жараёнида ўлиб қолган бўлса, ҳомилани майдалаб олиш операцияси — эмбриотомия қўлланилади.

2. Чаноқнинг чин конъюгатаси 9 см дан кам бўлса, бунда ҳам қисқич қўйиш ярамайди.

3. Чаноқнинг ички сатҳида ўсимталар ва ўсмалар бўлса.

4. Бачадон бўйни ҳали тўла очилмаган бўлса.

5. Ҳомила боши юқорида, кичик ва катта сегменти билан чаноқнинг кириш қисмида бўлса (асосан қисқич қўйиш учун ҳомила боши чаноқ ичида ёки тубида бўлиши керак деб айтиб ўтган эдик).

Ҳали акушерлик амалиётини етарли эгалламаган шифокор бу турдаги қисқични қўйиши мумкин эмас. Чунки бу қисқичлар атипик қисқичлар бўлиб, акушерлик

амалиётини чуқур ўрганишни ва зийракликни талаб қилади.

АКУШЕРЛИК ҚИСҚИЧЛАРИНИ ҚЎЙИШ ТЕХНИКАСИ

Қисқич қўйишнинг икки хил усули бор: 1) типик қисқичлар; 2) атипик қисқичлар.

Қисқич қўйишнинг типик усулида ҳомила боши чаноқ тубида думғаза чуқурчаси ва дум соҳасини бутунлай тўлатиб, унинг ўқ-ёйсимон чоки чаноқ чиқиш қисмининг тўғри ўлчамида, кичик лиқилдоқ олдинда, симфиз бўғими остида, катта лиқилдоқдан пастда жойлашган бўлади. Қисқич ёрдамида туғиш механизмининг охирги моменти тугатилади, яъни ҳомила боши туғилишига ёрдам берилади, бунда ҳомила боши ўзининг кичик ўлчамида туғилади. Шу сўнгги моментда зийрак тортиб туриш, агар ораликда йиртилиш хавфи туғилса перинеотомия, эпизиотомия ёки парамедиал усулда жинсий ёриқни кенгайтириш керак бўлади. Қисқичлар қўйишда М.С.Малиновский кўрсатишича, учта қоида бор.

Биринчи қоидага кўра, ҳомила боши кичик чаноқнинг кириш қисмидан бошлаб то чиқишигача олдинда келувчи нуқта билан чаноқ ўқи бўйича ва чаноқнинг ўрта сатҳи бўйича ўтиргич суяги, ўсиқлар оралиғи (сатҳи) томон сурилади, кейин олдинга ва бироз юқорига айланиб, чаноқнинг чиқиш қисмига тўғри келиб қолади. Демак, қисқичда ҳам туғиш механизми қайтарилади.

Иккинчи қоида бўйича, қисқич қошиқлари айрим-айрим ҳолда қинга бирин-кетин киргизилади. Ҳар икки қошиқ ҳомила бошига жойлашгандан кейин қулфни беркитилади.

Бунда ўнг қошиқни ўнг қўл, чап қошиқни чап қўл ёрдамида киргизилади (чап қошиқ чап қўлга ушланиб онанинг чап томонига, ўнг қошиқ ўнг қўл билан онанинг ўнг томонига киргизилади). Олдин чап қошиқ киргизилади. Қисқич ҳомила бошининг чаноқ каналида сурилиш ҳолати аниқлангандан кейин қўйилади. Агар ҳомила боши чаноқ ичида бўлса акушер тракцияни тиззаси томон яъни пастга, агар чаноқ чиқишида бўлса пастдан юқорига қилинади.

Охирги тракция қилганда қисқич банди акушернинг пешонаси томон йўналтирилиб шу йўсинда туғиш механизмига амал қилинади.

Учинчи қоида — қошиқлар чўққиси горизонтал ҳолатда юқорига қараган бўлади. Ҳомила бошини олиб чиқиш жараёнида қисқичлар ўқи чаноқ ўқига тўғри келиши, қошиқлар чўққиси йўналиш ўқига тўғри бўлиши керак. Қисқичларни ҳомила бошига жойлаштирганда уларнинг қошиқлари ҳар икки чакка соҳасига, қулоқ устига жойлашиши керак. Кейин албатта қисқич қошиқларининг чўққиси чаноқнинг йўналтириш ўқига тўғри келганлигига қаноат ҳосил қилмоқ керак. Агар ҳомила бошига жойлаштирилган қисқич қошиқлари ҳомила бошининг кўп қисмида, бошнинг чакка дўмбоғидан юқорида турган бўлса ва қисқич чўққиси юқорига қараган бўлса (йўналтириш нуқтаси) бунда қисқич тўғри қўйилган деб хулоса чиқариш мумкин.

ТИПИК ҚИСҚИЧЛАР (ҲОМИЛА БОШИ ЧАНОҚ ТУБИДА ЭНСА ҚИСМИ БИЛАН ЖОЙЛАШГАНДА)

Типик қисқичлар ҳомила боши чаноқ каналидан ўтиб барча айланиш ҳаракатларини тугатиб чаноқ тубида ўзининг ўқ-ёй чоки билан чаноқ чиқиш қисмининг тўғри ўлчамида, кичик лиқилдоқ қов бўғимининг пастки четига тегиб туриб, катта лиқилдоқ ундан пастда жойлашган ҳолатида қўйилади. Бунда қисқич қошиқларининг ўқи чаноқнинг кўндаланг ўлчамига ҳомила бошининг бипариетал ўлчамига тўғри келади (қисқичлар ўқи ҳар икки қошиқнинг ўртасидан кўндаланг равишда кесиб ўтадиган чизиқ). Бу хилдаги қисқичларни қўйишнинг 5 хил моменти бор. Булардан:

1. Қошиқларни киргизиш.
2. Қисқични бир-бирига яқинлаштирган ҳолда қўлни ёпиш.
3. Тракция қилиб кўриш (синов тракцияси)
4. Қисқичда ҳомила бошини тортиб чиқариш.
5. Қисқични ечиш.

Агар шу моментларни тўғри бажарилса, кутилган натижага эришиш мумкин. Типик қисқич қўйиш жараёни қуйидагилардан иборат:

1. Аёлни шу операцияга тайёрлаш. Ташқи жинсий аъзоларни, сон сатҳи, бутни ювиб, спирт ва йод эритмасидан сурилади.

2. Аёлнинг оёқларига матодан пайпоқ кийгизилиб, ташқи жинсий соҳасини очиқ қолдирган ҳолда, чойшаб билан бекитилади.

3. Аёлнинг умумий ҳолига қараб оғриқсизлантириш усули қўлланилади.

4. Қисқичларни текшириб, қошиқларни ташқи сатҳига қинга киргизганда осон сурилиши учун вазелин суртилади.

5. Кейин ўнг қўлнинг 4 бармоғини қиннинг ўнг томонига (қин девори билан ҳомила боши оралиғига) киргизилади. Қисқич қошиқларини худди қалам ушлаган каби чап қўлнинг 3 бармоғи билан ушланади (қалам ёки ручкани ушлаган каби).

Қошиқларнинг эгилган қисми ҳомила боши сатҳида сирғаниши керак. Бунда қисқич қошиғининг чўққиси кўрсаткич ва ўрта бармоқ орасида бўлган ҳолда унинг банди қарама-қарши томонга йўналган бўлади. Ўнг қўлни катта бармоғи қисқич қошиғини пастки четини йўналишига кўмаклашади ёки қисқич қошиғини аста суради, чап қошиқни жойлаштирилгандан кейин (бунда чап қошиқ банди онанинг ўнг чот бурмасига йўналтирган ҳолда бўлади) қисқич қошиғини ортиқ қўзғатмаслик учун ёрдамчи уни ушлаб туради. Қошиқ банди агар ўрта чизиққа яқин ва бутта тегиб турган бўлса бунда у тўғри жойлаштирилган бўлади. Чунки бу ҳолат қисқич қошиғини чаноқ чиқишининг кўндаланг ўлчамига жойлашганидан далолат беради.

Чап қошиқни жойлаштиргандан кейин уни бандини ёрдамчига ушлатиб ўнг қошиқни ҳам чап қошиқ каби жойлаштиришга киришилади. Бунда чап қўлни кафт сатҳини ҳомила боши томонга қаратган ҳолда қин девори билан бош оралиғига киритилади. Кейин ўнг қошиқни ўнг қўл билан худди қисқични чап бўлагини ушлаган каби ушлаб, юқорида айтиб ўтилган қоидалар бўйича ўнг томонга киритилади. Қисқич қулфини беркитишда иккита қошиқдан биттаси чуқурроқ жойлашгани учун қийинчилик туғилса албатта чуқурроқ жойлашган қошиқни бир

оз пастга тортиб, кейин қулфланади (унча чуқур жойлашмаган қошиқни итариб юқорига суриш ярамайди), бунда ҳомила боши ёки туғруқ йўлларини жароҳатлаш мумкин. Демак, қисқич қулфлари осон бекилса тўғри жойлашганлигини кўрсатади. Ҳомила бошини қисқич қошиқлари қаттиқ қисиб олмаслиги учун унинг бандлари орасига сочиқ ёки бирорта мато қўйилади.

Кейин ҳомила бошини қисқич ёрдамида тортиб кўрилади (синов тракцияси). Бу билан қайтадан қисқич қошиқлари тўғри жойлашганини текширилади. Бунинг учун бир қўл (одатда ўнг қўл) билан қисқичнинг ёпиқ қулфидан ушланади (иккинчи қўл кафтларини биринчисини устига қўйган ҳолда) ва қўлининг кўрсаткич бармоғини ҳомила бошига тиралади. Қисқични тортишда чап қўл бармоғини ҳолати кузатиб турилади. Бунда бошга тегиб турган бармоқ қисқич сурилишида ҳомила бошидан узоқлашмаётгани ёки узоқлашаётгани аниқланади (синов тракцияси).

Агар бармоқлар бошдан узоқлашса, қисқич янглиш қўйилган деб ҳисоблаб, ечиб қайтадан қўйилиб синов тракциясини яна қайтарилади. Бармоқ бошдан узоқлашмаса демак, қисқич қошиқлари яхши жойлаштирилган бўлиб, ҳомилани чин тракция билан туғдиришга киришилади. Ҳомила бошини қисқич ёрдамида туғдиришда ҳам нормал туғиш механизмига риоя қилиш зарур. Маълумки, чаноқ тубида ҳомила боши жинсий текшикдан чиқишда қов бўғими остида тақалиш нуқтасини ҳосил (punctum fikum) қилади, яъни энса суяги чуқурчаси чаноқнинг шу ерига келиб тақалади, кейин ҳомила боши шу нуқта атрофида айланиб очилади ва ниҳоят пешона, юз қисмлари туғилади. Ҳомила бошини туғдириш жараёнида қисқич билан чайқатиш ярамайди. Тракция жараёнида қисқич қошиқлари ҳомила бошини қаттиқ сиқмаётганини қошиқ бандилари ҳолати билан аниқланади. Агар улар бир-бирига зич тегиб турса, бу ҳомила бошининг сиқилишига сабаб бўлади. Ҳомила боши қисқич қошиқлари оралиғида сиқилиб қолса, оғир жароҳатни юзага келтириши мумкин.

Шунинг учун ҳар бир тракция оралиғида қисқич бандларини сиқмаслик ва тракция жараёнида ҳам сиқиб юбо-

рилмаслик керак. Ҳомила бошини қисқич олиб чиқишда кучаниқни тўхтатмаслик учун жуда чуқур наркоз бермаслик керак. Ҳомила боши жинсий тешикдан энг катта қисми билан туғилгач (энса қисми келганда) қисқични ечилади. Бунда қисқичларни дастлаб ўнг, кейин чап қошиқлари ечилади. Қисқичларни ҳомила боши бутунлай туғилгандан кейин ҳам ечилмасликка сабаб ҳомила боши билан қисқич қошиқлари жинсий лабни жуда кенгайтириб юбориб бутнинг йиртилишига сабаб бўлиши мумкин, шунинг учун тракция вақтида бутнинг йиртилиш хавфи туғилса (бут шишса, кейин оқариб юпқалашиб қолса) перинеотомия ёки эпизиотомия ва парамедиал қирқиш йўли билан жинсий тешик кенгайтирилади.

ҲОМИЛА ОРҚА КЎРИНИШДА КЕЛГАНДА ҚИСҚИЧ ҚЎЙИШ

Туғиш механизмида ҳомила боши чаноқ ичида айланиб, чиқишда кучли букилган ҳолатда бўлади. Катта лиқилдоқ ва баъзан пешона суягининг сочли чегараси тақалиш нуқтаси бўлиб, қов бўғими соҳасига тиралиб қолади. Энсаси думғаза томонга қараган бўлади. Ҳомила боши туғилишида яна ортиқроқ эгилиши лозим (чаноқ ичига одатда эгилган ҳолатда сурилади).

Ҳомила боши чакка суяклари қисми билан жинсий тешикдан чиққач у очила бошлайди, бунда ҳомиланинг юзи симфиз остидан чиқади. Кейин эса чуқурчаси иккинчи тақалиш нуқтаси бўлиб дум суягига тақалади. Шу нуқта атрофи ҳомила боши бутунлай туғилиши учун очилади ва ниҳоят туғилади (биз туғиш механизмини келтиришимиздан мақсад — қисқич қўйганда шу механизмга амал қилиш керак бўлади). Ҳомила боши орқа кўринишда бўлганда, ўқ-ёйсимон чоки чаноқнинг тўғри ўлчамида, қин орқали текширилганда ҳомила боши пастда, катта лиқилдоқ қов бўғими остида ўқ-ёйсимон чок чаноқ чиқишининг тўғри ўлчамида бўлади. Ҳомила боши шу ҳолатда чаноқ чиқишида тургандагина қисқични бипариетал ҳолатда қўйиш мумкин бўлади. Ҳомила бошини туғдиришда иккита тақалиш нуқтаси борлигини ёдда тутиш лозим. Бунда биринчи тақалиш нуқтаси келиб сим-

физга тақалгандан сўнг катта лиқилдоқ ёки чок чегараси ҳомила бошини чиқазишга киришилади. Бунда айланма ҳаракат бўйича қисқич бандини юқорига ва олдинга кўтарилади. Бунда ҳомила боши янада кучлироқ букилади, кейин эса чуқурчаси дум суягига тақалади (бу иккинчи тақалиш нуқтаси) ва икки чакка суяги ҳамда энса туғилади. Бу жарёнда бутнинг йиртилиш хавфи кўп бўлади, бундай ҳолларда перинеотомия ёки эпизиотомия қилишига тўғри келади. Ташқи жинсий аъзо йириғидан энса қисми кўриниши билан ҳомила бошини кейинги тақалиш нуқтаси атрофида айланишига имконият туғдиради. Қисқич қошиқларини орқага (пастга) йўналтирилади, бунда симфиз остидан пешона, юз ва энгак туғилади.

Бошнинг очилиши жараёнида қисқич қошиқлари бошдан сурилиб кетмаслиги керак, акс ҳолда аёлнинг жинсий аъзолари жароҳатланиши мумкин. Қисқич ёрдамида орқа кўринишни олдинги кўринишга ўтказиш мумкин эмаслигини унутмаслик керак.

АТИПИК ҚИСҚИЧЛАР

Ҳомила боши чаноқ ичида ўқ-ёйсимон чоки билан унинг бирор қийшиқ ўлчамида бўлганида қўйиладиган қисқичларни атипик қисқичлар деб аталади.

Бунда ҳомила боши ҳали тўла айланиб бўлмаган ҳолда чаноқ тубига деярли яқинлашган ҳолатда бўлади. Шунинг учун бу хил қисқичларни қўйиш акушердан чуқур тажриба талаб қилади. Қисқич қошиқлари ҳомиланинг чакка қисмида типик қисқичлар каби жойлаша олмайди (унинг бирор қийшиқ ўлчамига жойлашади).

Атипик қисқичлар одатда ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки чаноқнинг қийшиқ ёки кўндаланг ўлчамида бўлади. Демак, типик қисқичлардан фарқ қилади. Агар ўқ-ёсимон чок қийшиқ ўлчамда бўлса, унда қисқични икки чакка (бипариетал) соҳасига қўйилмай, қийшиқ ўлчамига қўйилиб, қисқич қошиқлари учи орқага эмас, олдинга қараган бўлади. Ўқ-ёйсимон чок кўндаланг жойлашган бўлса, қисқич қошиқлари атипик ҳолатда жойлашади. Юқорида айтиб ўтганимиздек, қисқич қошиқларидан

ҳомила боши учун белгиланган айланма ўйма ҳар икки чакка суяги ўлчовига мос бўлади. Агар ҳомила боши чаноқ ичида чаноқнинг қийшиқ ўлчамида жойлашган бўлса бундай шароит бўлмайди, чунки ҳомила бошининг париетал ўлчами қийшиқ жойлашган бўлгани учун атипик усулдан фойдаланилади. Агар ҳомила бошининг ўқ-ёй чоки кўндаланг жойлашган бўлса қисқич қошиқлари чаноқ ўлчамига нисбатан чаноқнинг қийшиқ ўлчамида жойлашади. Қошиқлар чўққиси орқага қарамасдан олдига қараган бўлади. Шунинг учун И. И. Яковлев бундай ҳолларда Феноменов қисқичи (қошиғининг чаноқ айланмаси бўлгани учун)ни ишлатишни маслаҳат бермайди. Чунки бунда ҳомила бошининг чаноқ ичида айланиб чиқишида ўқ-ёйсимон чоки билан тўғри ўлчамга ўтишга қисқич айланмаси ҳалақит беради. Бундай ҳолларда тўғри қисқичдан фойдаланиш маъқулдир.

ҲОМИЛА БОШИ ЎҚ-ЁЙСИМОН ЧОКИ БИЛАН ЧАНОҚ ИЧИНИНГ КЎНДАЛАНГ ЎЛЧОВИДА ТУРГАНДА ҚИСҚИЧ ҚЎЙИШ

Маълумки, ҳомила боши ўқ-ёйсимон чокининг кичик чаноққа нисбатан кўндаланг жойлашиши, кўпинча ҳомила бошининг чаноқ бўшлиғи кенг қисмидан тор қисмига сурилиб ўтишида қийинчилик туғдириши мумкин. Қисқич қўйишда ҳар доим дастлаб қошиқларни орқа томонга киргизилади. Бунда биринчи позицияда ўнг, иккинчи позицияда чап қошиқ киритилади. Агар ҳомила боши шу ҳолатда бўлганда қисқични ҳомила бошининг бипариетал ўлчамига қўйилса унда қисқич ўқи чаноқнинг тўғри ўлчамига мос келиб қолади. Шунинг учун бу ҳолатда қўйиб бўлмайди, бунда қисқичлар ўқи чаноқ ўлчамига ҳам, бош ўлчамига ҳам бир хил қийшиқ ўлчамларга тўғри келтириб жойлаштирилади.

Агар ҳомила биринчи позицияда бўлса унда қисқичнинг чап қошиғини орқага чап қийшиқ ўлчамига қўйилади. Бунда чап қошиқни ҳомила қулоқ тоғайи орқасига қўйилса, у энса суягининг чап ярмига тўғри келади. Бунда қисқичлар ассиметрия ҳолатда ҳомила бошига ва чаноқ ўлчамига жойлашади.

Ўнг қошиқни эса олдинга қўйилиб, у олдинги қулоқ олдига жойлаштирилади, кўз чуқурчасининг ташқи чети чакка чок соҳасига оғиз томонига суриб йўналган ҳолда юз суягига жойлашади (бунда ўнг қошиқ адашган қошиқ бўлади). II позиция (холат) да чап қошиқ адашган қошиқ бўлади. Ҳомила бошини айланиши соат кўрсаткичига (стрелка) қарама-қарши томонга (90°) бўлади (қисқич билан бошни зўрлаб айлантириш мумкин эмас).

Чаноқнинг чиқиш қисмида қисқич унинг ўнг қийшиқ ўлчамида бўлиб қолади. Бу ҳолда қўйилган қисқичлар ҳомила бошини яхши ушлай олмай бошни айлантиришда анча қийинчилик туғдиради. Баъзи ҳолларда хатто қисқични ечиб, қайтадан қўйишга тўғри келади. Қошиқларни жойлаштиргандан кейин уни қулфлаганда қисқич бандининг бирмунча бир-бирридан узоқлашгани кўринади. Бу қисқич ҳомила бошининг катта ўлчамида жойлашганини кўрсатади.

Қисқич қулфини бекитилгандан кейин уни бош билан бирга пастга айланиб сурилишини таъминланади. Ниҳоят ҳомила боши дастлаб 45° га айланиб бу вақтда ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки чаноқнинг қийшиқ ўлчамига тўғри келиб қолади. Бунда қисқични ечиб уни қайтадан қўйиш маслаҳат берилади. Қисқични қайтадан қўйганда қийшиқ ўлчамга мослаб қўйилади. Баъзи муаллифлар ҳомила боши чаноқ тубига келганида (90° айлангандан кейин) яъни чаноқнинг чиқиш қисмида қисқични бипариетал ўлчамига тўғри келтириб (ўқ-ёйсимон чок тўғри ўлчамида) қайтадан қўйишни тавсия этадилар.

Умуман ҳомила боши пастда чаноқ тубида узоқ туриб қолиши мумкин эмас, бунда адбатта қисқичдан фойдаланиш керак. Чунки ҳомила боши чаноқнинг айланиши мумкин бўлган қисмидан ўтиб бўлган, шунинг учун бу ҳолатда уни чаноқнинг чиқиш қисми томон сурилиши деярли мумкин бўлмайди. Натижада юмшоқ тўқималар узоқ босилиб тургандан кейин оғир асоратларга сабаб бўлиши мумкин.

ҲОМИЛА БОШИНИ ЁЗИЛИБ КЕЛИШИДА ҚИСҚИЧ ҚЎЙИШ

Ҳомила бошининг ёзилиб келиши 3 хил бўлади деб айтиб ўтган эдик:

1) ҳомила боши тепаси билан келиши;
2) пешонаси билан келиши;
3) юзи билан келиши.

Ҳомила боши тепаси билан келганда кўп ҳолатларда у мустақил туғилиши мумкин. Шунинг учун врач туғруқ жараёнини аҳамият бериб кузатиб, бошқариб бориши керак. Маълумки, бунда катта лиқилдоқ олдинда келувчи нуқта бўлади ва ҳомила орқа кўринишда туғилади. Ҳомила бошини очилиб келишидаги механизмга тўхталиб ўтамиз.

ҲОМИЛА БОШИ ТЕПАСИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛГАНДА ҚИСҚИЧ ҚЎЙИШ

Ҳомила боши тепаси билан келганда унинг боши бир оз ёзилган (орқага ёзилган) ҳолатда бўлади. Бошнинг тепаси билан келишига кўпроқ чаноқнинг яссилиги сабаб бўлиши мумкин. И. Ф. Жорданио бачадон пастки сегментининг етарли ривожланмаганлиги, ҳомилани кичкина бўлиши, кенг чаноқ, чаноқ аномалиялари ва чаноқ туби мускулларининг етарли тараққий қилмаганлиги, ҳомиланинг энса қисми хатто бўйиннинг биринчи умуртқасини нотўғри ривожланишини бошнинг тепаси билан келишига сабаб бўлиши мумкин деб ҳисоблайди. Бундан ташқари, қорин деворининг осилган бўлиши, ҳомиланинг бачадонда қийшиқ жойлашиши, қоғоноқ сувининг кетиб қолиши, сувнинг кўплиги, киндикнинг ҳомила бўйнига ўралиб қолиши ҳам бошнинг тепаси билан келишига қулай шароит яратади.

Шуларни ҳисобга олган ҳолда қисқич қўйиш ҳақида фикр юритганда қисқич қўйиш кўрсатмаларини синчиклаб ўрганиш лозим бўлади.

Кўп ҳолатларда туғруқ жараёнида ҳомила боши тепаси билан келганда ҳомила орқаси билан думғазага қараган ҳолда туғилади. Туғиш механизми қуйидагича: чаноқнинг кириш қисмида катта лиқилдоқ кичик лиқилдоқдан

бирмунча пастда ёки бир чеккада жойлашган бўлади. Чаноқ ичида бош тепаси олдинги қисми билан қов суяги томон айланади, бунда ўқ-ёйсимон чок биринчи ҳолатда чаноқнинг чап қийшиқ ўлчамида, агар иккинчи ҳолатда бўлса, ўнг қийшиқ ўлчамига тўғри келади. Туғилиш жараёнида ҳомила боши чаноқ тубига тушиб бурун суяги globella симфизга тақалади ва бу биринчи тақалиш нуқтасидир. Ҳомила боши шу нуқта атрофида айланиб олдинга эгилади, чот остидан чакка ва бошининг энса қисми энса дўмбоғигача туғилиб, дум суягига тақалади буни иккинчи тақалиш нуқтаси дейилади. Ҳомила боши шу тақалиш нуқтасида айланиб орқага эгилади бунда қов суяги остидан юз ва энгак туғилади. Катта лиқилдоқ олдинга йўналтирувчи нуқтадир. Бунда ҳомила боши жинсий ёриқдан тўғри ўлчов айланмаси (diameter fronto occiptalis) билан ўтади, унинг ўлчами 12 см, айланаси 34 см дир. Кўп муаллифларни фикрича ҳомила боши тепаси билан келганда мустақил ҳолатда туғилиши мумкин (70—75 фоиз). Аммо қисқич қўйиш учун лозим кўрсаткичлар (ҳомилада асфиксия, туғруқ дардининг сустлиги ва бошқалар) бўлгандагина бу операциядан фойдаланилади.

ҚИСҚИЧ ҚЎЙИШ ТЕХНИКАСИ

Қисқич қошиқларини шундай қўйиш керакки бунда унинг банди бирмунча кўтарилган ҳолатда бўлиши керак. Бунда бошни орқага қайрилиб кетишининг олди олинган бўлади. Биринчи қошиқни қўйиб бўлгандан кейин, ёрдамчи қошиқ бандини юқорига кўтарган ҳолда ушлаб туради.

Қисқич қошиқларини ҳомила энса билан келганда қўйиладиган қисқич каби қўйиб бўлмайди. Бунда қисқич қошиғини ҳомила қулоғи соҳаси ёнига (олдинга) иккинчисини орқасига қўйилади. Биринчи тракция қисқич бандини юқорига кўтарган ҳолда, кейин эса ўзининг юзи томонга то симфиз остидан бурун суяги (globella) кўрингунча қилинади, кейин тракция вақтинча тўхтатиб акушер туғаётган аёлнинг чап ёнига ўтади ва қисқични қулф қисмидан ушлаб ҳомила бошини ечилишига кўмаклашади. Бунда иккинчи тақалиш нуқтаси — энса чуқурчаси

дум суяги остига тўғри келади, кейин акушер шу тақалиш нуқтаси атрофида ҳомила бошини очилишга кўмаклашади, бунда қов бўғими остидан юз қисми туғилади, кейин қисқич қошиқлари ёпилади. Ҳомиланинг елкаси ва танасини одатдагича туғдирилади.

ҲОМИЛА ПЕШОНАСИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛГАНДА ҚИСҚИЧ ҚЎЙИШ

Ҳомила бошининг орқага кўпроқ қайрилиши (эгилиши) натижасида пешона олдин келади ва бошнинг шу қисми чаноқнинг кириш қисмига тақалиб қолади. Натижада туғруқ тўхтаб қолади. Қин орқали текширилганда пешона, икки томондан қош усти ёйлари, ҳамда катта лиқилдоқни олдинги бурчаги аниқланади. Агар туғруқ жараёни давом этса биринчи моментида ҳомила боши орқага қайрилиб, пешона чоки чаноқнинг кириш қисмини кўндаланг ўлчовида туради. Ҳомила боши шундай ҳолатда чаноқнинг кенг қисмида кўп туриб қолади. Бунда ҳомила бошининг пешона соҳасида туғруқ шиши (ғурра) вужудга келиб, бош шакли ўзгаради, шу ҳолда чаноқнинг тор қисмига тушади. Бунда туғруқ ғурраси янаям катталашади (гўё бодрингга ўхшаб қолади).

Ҳомила боши чаноқнинг тор қисмига келгач қийинлик билан айланади ва пешона чоки чаноқнинг чиқиш қисмида унинг туғри ўлчамида бўлади. Бунда юқори жағ симфиз бўғимининг пастки четига тақалиб энса қисми эса орқага қараган бўлади, туғруқ дарди кучли бўлса ҳомила боши туғруқ йириғидан кўринаётганида аввал пешона, кўз, бурун туғилиб юқори жағ суяги симфиз остига тақалади. Бунда ҳомиланинг олдинга букилиши анча қийин бўлади. Чунки ҳомила бош суягининг энг қаттиқ қисми, юқори жағ суяги чаноқнинг симфиз бўғимига тақалиб қолгани учун ҳомила бошини олдинга эгилиши қийин бўлиб, хатто кўп ҳолларда туғруқ тўхтаб қолади. Агар туғруқ дарди туфайли ҳомила боши эгила олса, унда энса чуқурчаси думғаза-дум бўғими соҳасига тақалади, кейин ҳомила боши шу тақалиш нуқтаси атрофида айланиб қов остида оғиз ва энгак туғилади. Ҳомила танасини одатдаги усул бўйича туғилиш механизмига риоя қилган ҳолда

туғдирилади. Йўлдошини ўзи тушади ёки баъзи ҳолларда қўл билан кўчириб олишга тўғри келади. Кейин албатта туғруқ йўлларини синчиклаб кўздан кечириб чиқиш керак бўлади. Туғилган чақалоқни аҳамият бериб кўздан кечириш шарт, чунки қисқич ёрдамида туғилган болалар кўпинча жароҳатланиши мумкин. Ҳомила боши пешонаси билан олдин келганда фақат синов қисқичини қўйиш мумкин, умуман қисқичдан камдан-кам ҳолатларда фойдаланилади. Ҳомила ўлик бўлса краниотомия, тирик бўлса кесарча кесишдан фойдаланиш лозим.

ҚИСҚИЧ ҚЎЙИШ ТЕХНИКАСИ

Қисқич қошиқлари катта лиқилдоқ ва қулоқлар соҳасига қўйилади. Биринчи тракция — тортишни орқага, яъни юқори жағ суяги қов бўғими остига келгунча давом эттирилади, бунда биринчи тақалиш нуқтаси ҳосил бўлади. Кейин олдинга — юқорига (тракция қилинади, бу то энса суяги туғилгунча давом эттирилади). Бунда 2-тақалиш нуқтаси, энса чуқурчасига тўғри келади. Сўнгра қисқич бандларини яна орқага — пастга тушириб, симфиз остидан юз қисми, оғиз ва энгак чиқарилади. Шуни унутмаслик керакки ҳеч қачон қисқични куч билан тортиш мумкин эмас. Демак, бунда ҳам қисқич ёрдамида туғиш механизми қайтарилади. Бунда ҳамма вақт ҳам муваффақиятга эришилаверилмайди, агар кейинчалик туғилса бошқа туғдириш усулларидан фойдаланилади.

ҲОМИЛА БОШИ ЮЗ ҚИСМИ БИЛАН ОРҚА КЎРИНИШДА ОЛДИН КЕЛГАНИДА ҚИСҚИЧ ҚЎЙИШ

Қисқич қўйишда аввало ҳомила бошининг туриш ҳолатини, ҳомиланинг қандай позицияда турганини аниқлаш зарур бўлади. Ташқаридан пайпаслаб текширилганда ҳомила боши орқага кўпроқ қайрилган бўлгани учун боши билан орқаси оралиғида чуқурча пайдо бўлади. Ҳомиланинг орқаси ичкарига қайрилиб, бачадон деворидан узоқлашади. Кўкрак қафаси эса аксинча бачадоннинг қарама-қарши деворига яқин келади. Пайпаслаганда юқоридаги ҳолат аниқланади. Ҳомиланинг юрак уриши унинг

орқасидан эмас балки кўкрак томонидан эшитилади. Қин орқали текширганда ҳомиланинг юзи, пешонаси, қош усти ёйлари, бурни ва оғзи аниқланади. Қин орқали текширишда кўзни жароҳатлашдан эҳтиёт бўлиш керак.

Ҳомила юзи билан орқа кўринишда келганда энгакков бўғими томонига қараган бўлсагина ҳомила туғилиши мумкин. Агар энгак орқага — промонториумга қараган бўлса туғила олмайди. Чунки ҳомиланинг пешонаси қов суяги устида тақалиб қолади. Шунинг учун бу кейинги ҳолатда қисқич қўйилса катта хатога йўл қўйилади. Ҳомиланинг орқа кўринишда энса қисми билан промонториумга қараган ҳолатида қисқич қўйилса, албатта туғиш механизмига қатъий риоя қилиш керак. Бунда қисқич қошиқлари чаноқнинг кўндаланг ўлчамида жойлашиши керак. Агар қисқич яхши қўйилган бўлса, унинг қошиқлари ҳомила боши ўқига мослашиб, кичик лиқилдоқдан энгаккача ушлайди. Бунда қисқич бандлари чаноқ ўқига нисбатан бироз қийшиқ ҳолатида бўлади. Агар қисқични шу йўсинда жойлаштирмаса ҳомила бўйнини жароҳатлаш мумкин. Тракция қилганда қисқич бандлари юқорига йўналтирилган ҳолда бўлиши керак.

Қисқич бандларининг пастга йўналтирилган тракцияни симфиз остидан энгак ва тил ости суяк соҳаси (тақалиш нуқтаси) кўрингунча қилинади. Кейин эҳтиёткорлик билан қисқич бандларини қорин девори томонга ўтказилади. Бунда ҳомила боши букилиб (ҳомила боши тақалиш нуқтаси атрофида айланади) бут остидан пешона, чакка ва энса туғилади. Ҳомила юзи билан орқа кўринишда (ҳомилани орқасига нисбатан) келганда қисқич қўйиш анча мураккаб операциялардан ҳисобланган учун бу албатта мутахассис врач томонидан бажарилиши керак. Ҳомила орқаси билан олдинги кўринишда бўлганда, умуман туғруқ механизми бўлмайди. Бунда ҳомила боши кичик чаноқнинг кириш қисмига суқилиб қолиб, туғила олмайди. Шунинг учун бундай ҳолатда қисқич қўйиш мумкин эмас. Бунда агар ҳомила тирик бўлса, кесарча кесиш, ўлик бўлса, краниотомия ва клейдотомия операцияларидан фойдаланиш керак.

ҚИСҚИЧ ҚЎЙИШДА УЧРАЙДИГАН ҚИЙИНЧИЛИКЛАР

1. Агар қисқич қошиқлари бир сатҳда жойлашмаган бўлса, қисқични чуқурроқ жойлашган қошиғини пастга суриш, агар буни иложи бўлмаса қўл билан кириб қисқич қошиқларини тўғирлаш лозим бўлади. Аммо бу қошиқни бошқа қошиққа тенглаштириш учун қаттиқ итариш мумкин эмас. Чунки бунда билмасдан туғруқ йўлларини, хусусан бачадон бўйнини жароҳатлаш мумкин.

2. Агар ҳомила боши билан унинг киндик тизимчаси ёки қўли тушган бўлса, уларни қисиб олиш мумкин. Бунда эҳтиёткорлик талаб қилинади.

3. Қисқичлар ҳомила бошига тўғри қўйилмаса, улар сирғаниб кетиши мумкин. Бунда қисқични яна қайтадан қўйиш керак бўлади.

ҚИСҚИЧ ҚЎЙИШДА ЮЗ БЕРИШИ МЎМКИН БЎЛГАН ЖАРОҲАТЛАР

Қисқич қўйганда ҳомилада ҳам, онада ҳам турли жароҳатлар учраб туради. Онада бўлиши мумкин бўлган жароҳатлар:

1) асептика қоидаларига риоя қилинмаганда туғруқ йўлларига инфекция кириб чилла даврида инфекцион касалликларни вужудга келиши.

2) туғруқ йўлларини жароҳатланиши.

Агар бачадон бўйни тўла очилмасдан туриб қисқич қўйилса (айниқса биринчи туғувчиларда — чунки уларда олдин бачадон бўйнининг олдинги тешиги, кейин қинга қараган қисми очилади) врач тавсия қилмаган бўлсада, қисқич қўйса тракцияда бачадон бўйнини қисқич билан бош аралаш сиқиб уни жароҳатлайди, яъни юлиб чиқиши ҳам мумкин;

3) ҳомиланинг олдинда келувчи қисмига қисқич ўлчамлари ҳам қўшилиб, уни бироз бўлсада катталашишига сабаб бўлади ва туғруқ йўллари орқали ўтаётиб юмшоқ тўқималарни жароҳатлайди. Шунингдек перинеотомия, эпизиотомиялар сони ошади;

4) ҳомила бошини қисқич ёрдамида олиб чиқишда уни ҳомиланинг қайси кўринишида қўйилганидан қатъи назар, жинсий тешикдан туғилиш жараёнида туғиш механизмига риоя қилмаган ҳолда тракция қилинганда бутни, қинни, ҳатто тўғри ичакни жароҳатлаш мумкин;

5) бут нерви (n. peroneus) босилиши натижасида оёқларда парезлар бўлиши мумкин;

6) қисқич билан ҳомила бошини олиб чиқиш жараёнида симфиз бўғими йиртилиш ҳолати кузатилади.

ҚИСҚИЧ ҚЎЙГАНДА ҲОМИЛАДА ЮЗ БЕРИШИ МУМКИН БЎЛГАН ЖАРОҲАТЛАР

1) баъзи ҳолларда бола бошининг ташқи юзасида бирор жароҳат кўринмасада, бош мия эзилиши мумкин. Бунга асосий сабаб ҳомила бошининг қисқичда узоқ вақт сиқилиб қолишидир.

Бунда ҳомила бўшашган ҳолатда туғилади, йиғламайди, нафас ҳам олмайди. Бу асосан гипоксия сабабли мияга қон қуйилганлигидан дарак беради, кўп ҳолатларда боланинг ўлими билан натижаланади;

2) қисқич қўйишда ҳомила миясига қон қуйилиш ҳолати кузатилади. Бу жуда оғир ҳолат бўлиб, бош мия суяги ёрилиши натижасида вена бўшлиқларига қон қуйилади;

3) бош суягининг синиши, дарз кетиш ҳолатлари кузатилиб, бунинг натижасида юз берган асоратлар (синган суяк қисми бирор марказни босиши ёки шу ерга қон қуйилиши) ҳам ҳомила учун жуда хавфлидир;

4) ҳомила юмшоқ қисмларининг жароҳатланиши. Қисқич қошиқларининг босиши натижасида баъзи ҳолларда кефалогематомия кузатилади;

5) юз нервининг қисқич қошиғи билан сиқилиши натижасида унинг парези вужудга келиши мумкин;

6) қисқич қошиқларини жойлаштириш жараёнида (чуқурроқ кирмаган қисқич қошиғини ичкари итариш, узуни билан тенглаштириш мақсадида) сон артериясини сиқиб қўйиш ҳоллари ҳам кузатилади.

XVIII БОБ

ҲОМИЛАНИ ЕМИРИШ ОПЕРАЦИЯЛАРИ (ЭМБРИОТОМИЯ)

Баъзан туғруқнинг давом эттириш она ҳаёти учун жуда ҳавфли бўлади ва бу ҳавфни фақат ҳомилани емириш усули билангина бартараф қилиш мумкин бўлади. Бунда бутун диққат эътиборни онанинг ҳаётини сақлаб қолишга қаратилади.

Бу хил операцияни 3 туркумга бўлиш мумкин.

1) ҳомила танасини кичрайтириш операцияси. Бунга краниотомия, эвентерация, эвисцерация киради.

2) ҳомила танасини бўлиб-бўлиб туғдириш. Декапитация, рахиотомия, экзартикуляция.

3) ҳомила қисмларини кичрайтириш операцияси.

Краниотомия, ҳомила бошини пункция қилиш (гидроцефалияда), оёқ-қўл суякларини синдириб олиш — спондилотомия.

Эмбриотомия қилиш учун кўрсаткичлар:

1) туғруқ жараёнида онанинг ҳаёти хавф остида қолган ҳолларда, агар кесарча кесиш ва ҳомила ҳаётини сақлаш учун бошқа омиллардан (қисқич қўйиш, ҳомилани айлантириш) фойдаланиш учун шароит бўлмаганда эмбриотомия операциясидан фойдаланилади. Хусусан ҳомиланинг бачадонда кўндаланг жойлашганини ўтиб кетган турида, ҳомила бошининг кичик чаноқнинг кириш қисмига нотўғри жойлашганда (пешона, юзнинг орқа қисмини симфиз бўғимига энгаги орқага қараган ҳолатда, ҳомила бошининг орқа асинклитизмида ва бошқалар), чаноқда ўсиқлар ва ўсмалар, туғруқ йўлларида ўсмалар бўлганда эмбриотомик операция қўлланилади.

Акушерлик амалиётида ҳомила ҳамда онанинг ҳаётини сақлашга ҳаракат қилинади, аммо онанинг ҳаёти хавф остида бўлиб, эмбриотомиядан бошқа усулни қўллаш учун шароит бўлмаса, ҳомила тирик бўлишига қарамасдан биринчи галда она ҳаётини сақлашга ҳаракат қилинади.

Иккинчи кўрсаткичда туғруқни тўхтатиш учун агар ҳомила ўлик ёки ўлаётган бўлса, яшашга қобилиятсиз ва нуқсонли бўлса она ҳаётини сақлаш мақсадида бу опера-

ция қўлланилади. Албатта бунда акушерлик амалиётида қўлланиладиган аппаратлар ёрдамида ҳомила холатини аниқ тасаввур қилиш лозим.

Эмбриотомия операцияси қилишни тақозо қиладиган шароитлар:

1) чаноқнинг бутунлай тор бўлиши (I—II—III даражаларда эмбриотомия қилиш учун кўрсаткичлар мавжуд бўлса), яъни IV даражадаги тор чаноқда бу хил операция техник жиҳатдан (чаноқ бутунлай тор) мумкин бўлмайди, бунда фақат кесарча кесиш операциясидан фойдаланишга тўғри келади.

2) қорноқ ёрилган бўлиши лозим;

3) врачнинг эпчиллиги;

4) бачадон бўйни 3—$3^1/_2$ бармоқ кенглигида очиқ бўлиши;

5) юқорида келтирилган ҳомиладаги ёки онадаги патологик ҳолатлардан биронтасининг бўлиши.

ЭМБРИОТОМИЯНИНГ ТУРЛАРИ

1. Ҳомила боши олдин ёки чаноқ қисмидан кейин келганда уни перфорация қилинади (Craniotomia).

Бунда агар ҳомила энса қисми билан келган бўлса, кичик лиқилдоқ очилиб келган бўлса, бош тепаси, пешанаси билан келган бўлса катта лиқилдоқ, юзи билан келган бўлса тил ости суяги соҳасидан тешилади.

Агар ҳомиланинг думбаси ва танаси туғилиб боши чаноқ тубига тушган бўлса, олдинги кўринишда энса тешиги орқа кўринишда тил ости суяги соҳасидан тешилиб, мия моддаси чиқарилиб, бошни кичрайтирилади. Ҳомила танасини бошидан ажратиб олиш (decapitatio) операциясининг бу тури ҳомиланинг бачадонда кўндаланг ётишининг ўтиб кетган ҳолатларида қўлланилади.

Ҳомила танасини иккига бўлиб олиб чиқиш рахиотомия (Rachiotomia S. dessectio foetus). Ҳомила оёқ қўлларини бўғимларидан кесиб — ажратиб туғдириш экзартикуляция (Exarticulatio). Ҳомиланинг ички аъзоларини олиб ташлаш йўли билан кичрайтириб туғдириш — эвентерация (Eventeratio).

Кўп ҳолатларда бу операцияни қовурғаларни кесиш билан бирга олиб борилади — костотомия (Costotomio).

Ўмров суягини бир томонини ёки ҳар икки томонини кесиш — клейдотомия (Cleidotomio). Бунда бир томонлама кесилганда, елка камари айланаси $2^1/_2$ см га ҳар икки томони кесганда 5 см га камаяди.

Орқа умуртқани кесиш спондилотомия (Spondylotomia) Баъзи ҳолларда бу усулларнинг бирини кетидан иккинчисини қилишга тўғри келади. Хусусан ҳомила бошини перфорация қилганда елка камари айланасини камайтиришга тўғри келади.

Юқорида келтирилган операцияларнинг клейдотомиядан ташқари ҳаммаси ўлик ҳомилаларда қилинади. Кўп акушерлар тирик ҳомилада клейдотомияни деярли қўлламайдилар. Краниотомия (Craniotomia).

Бу хил операция асосан уч босқичдан иборатдир.

1) ҳомила бошини тешиш (Perforatio capitis).

2) мия моддасини чиқазиш — эксцеребрация (Excerebratio).

3) краниоклазия (Cranioclasia).

Эмбриотомиянинг уччала турини бирини кетидан иккинчиси қўлланилади.

Краниотомия учун ишлатиладиган асбоблар:

1) перфоратор — буни қайчисимон Негель перфоратори, ўқ-ёйсимон — Емелле перфоратори турлари мавжуд бўлиб, кўп ҳолларда шу ҳар икки турдаги перфораторлардан фойдаланилади. Булардан ташқари ўқ-ёйсимон — Бло перфораторларидан ҳам фойдаланилади.

Найчасимон перфоратордан бошни тешиш ва унинг тешигини кенгайтириш учун фойдаланилади.

Перфораторни бошқа тури пармага ўхшаган бўлиб (Лейснинг ва Н. М. Феноменов моделлари), бу хилдаги перфораторлар акушерлик амалиётида деярли қўлланилмайди.

2) мия моддасини бузиш учун эксцеребратор агар бу бўлмаса қошиқ (бачадонни киришда ишлатиладиган ёки махсус қошиқ) ишлатилади.

3) тешилган ҳомила бошини олиб чиқиш учун Браун краниокластидан фойдаланилади. Булардан ташқари, иккитадан қин кўзгуси, корнцанг, пулевой қисқич, Фено-

менов ёки Зибельд қайчиси, оддий қайчи, бачадон бўйнини ва чотни тикиш учун керак бўладиган асбоблар ҳам ишлатилади.

КРАНИОТОМИЯ ҚИЛИШ УСУЛИ

Операцияни операция столида ёки Раҳмонов кравотида қилинади. Аввал ҳомиладор аёлнинг ташқи жинсий аъзолари ва қорин девори яхшилаб дизенфекция қилинади. Катетер ёрдамида сийдик чиқазилади. Ичаклар ҳам бўшатилади.

Шундан кейин қин ости ва ён деворларига ойна, юқори деворига қин кўтаргичи қўйиб, қин очилади ва кўз билан кўриб турган ҳолда операция қилинади. Бундай назорат қилиб туришдан мақсад бачадон бўйни ва қин деворини жароҳатлашдан сақлашдир. Бармоқлар ёрдамида пайпаслаб ҳомила бошидаги лиқилдоқ ва чоклар топилади.

Пулевой қисқич билан ҳомила бошининг териси лиқилдоқ ёки чок соҳасидан ушланади ва махсус қайчи (Феноменов ёки Зибельд қайчиси) билан бош териси қирқилади. Кейин перфораторнинг ўткир учи лиқилдоқ соҳасига тикка санчилади, перфораторни буриш йўлли билан бош суягидан тешикни кенгайтирилади. Бу краниотомиянинг биринчи босқичи бўлиб, буни перфорация деб юритилади. Сўнгра махсус қошиқ, кюретка ёки метал катетер ёрдамида мия моддаси парчаланади ва уни чиқарилади, бу босқич эксцеребрация дейилади. Шундан сўнг бошга краниокласт қўйилади. Браун краниокласти бирбирини кесиб ўтувчи иккита қошиқдан иборат бўлиб, улар ўзаро қулфга ўхшаб бирикади. Бу қошиқларни биттаси яхлит, иккинчиси тешикли бўлиб, улар ҳомила боши айланасига мос бўлади.

Краниокластни қўйишда ёрдам берувчи икки қўлини муштум қилиб ҳомила бошини юқоридан қорин девори орқали пастга босиб туради (краниокласт қўйишда бош юқорига кўтарилиб кетмаслиги учун). Аввал ҳомиланинг бош суяги ичига яхлит қошиқ киргизилади, сўнгра бошнинг ташқи юзасига (одатда юзига, чунки ҳомила бошида энг қаттиқ суяк бош суягидир) иккинчи қошиқ қўйилади.

Бунда иккинчи қошиқни бачадон бўйнига эмас, балки ҳомила бошига қўйилганига ишонч ҳосил қилиш керак. Сўнгра краниокластни винт билан маҳкамланади. Ҳомиланинг бошидан тортиб олиш туғруқ қоидаларига амал қилган ҳолда бажарилади.

Агар бачадон бўйни тўла очиқ бўлмаса, баъзи ҳолларда уни қирқишга тўғри келади.

Баъзан ҳомила бошини олиб чиқиш жараёнида ҳомила бош суягининг қирқилган четлари туғруқ йўлини жароҳатлаши мумкин, бунга эҳтиёт бўлиш керак бўлади.

Ҳомила боши чиқиб бўлгандан кейин, краниокластни ечиб олинади, агар камар айланаси катта бўлса, қайчи билан ўмров суягини бир ёки ҳар икки томондан кесилади. Бунда елка айланасини бир томонлама кесганда 2,5 см, ҳар икки томонини кесганда 5 см камайишга эришилади. Бунда ҳомила танаси осон туғилади.

БОШ КЕЙИН КЕЛГАНДА УНИ ПЕРФОРАЦИЯ ҚИЛИШ

Бу операция ҳомила танаси туғилиб, унинг боши чаноқ ичида тутилиб қолганда қилинади (ҳомила оёқлари ёки чаноқ қисми билан олдин келганда, ҳомилани оёғидан айлантирилганда).

Бош кейин келганда перфорация қилиш анча қийин операциялардан ҳисобланади, чунки бунда бош суяклари анча юқорида, чаноқнинг деярли кириш қисмида бўлади. Перфорация қилиш учун энса суяги қулай жой ҳисобланилади. Аммо перфорацияни шу ердан қилиш анча (суякни тешиш керак бўлади) қийин.

Шунинг учун перфорацияни энсанинг бўйнига ўтадиган қисмидан, катта энса тешиги яқинидан қилиш осонроқ бўлади.

Перфорацияда бармоқлар билан кузатган ҳолда Бло перфоратини шу тешикка суқилиб, уни кенгайтирилади. Шундан кейин қошиқ ёрдамида мия перфорация қилинган тешик орқали мия моддаси олиб ташланади, сўнгра пачақланиб кичрайган бошни ҳомила танасидан ушлаб тортиб чиқарилади. Агар бошни тортиб чиқариш вақтида қийинчилик туғилса, у ҳолда ёрдам кўрсатувчи аёл қорин девори орқали ҳомила бошини босиб, яъни бошни пастга суриб ёрдам беради.

ЭМБРИОТОМИЯНИНГ БОШҚА ТУРЛАРИ

Ҳомиланинг кўндаланг ётганини ўтиб кетган турида ҳомила туғуруқ йўлларидан ўтмайди, чунки бунда ҳомила елка камари билан чаноқнинг кириш қисмига қаттиқ суқилиб қолган бўлади ва бачадоннинг йиртилиш хавфи кузатилади. Деярли барча ҳолларда ҳомила нобуд бўлади. Шунинг учун бунда бирдан бир йўл ҳомилани эмбриотомия операцияси ёрдамида туғдиришдир.

Буни қуйидаги турлари мавжуд:

1) бошни танасидан ажратиш (decapitatio).

2) умуртқани бел соҳасидан синдириб, танани иккига бўлган ҳолда туғдириш;

3) ўмров суягини қирқиш (Cleidotomia);

4) қорин бўшлиғи ва кўкрак қафасидаги аъзоларни олиб ташлаш (Evisceratio, eventeratio).

ДЕКАПИТАЦИЯ (DEKAPITATIO)

Бу хилдаги операция асосан ҳомиланинг ўтиб кетган кўндаланг ётишида қўлланилади.

Баъзан қўш ҳомилали ҳомиладорликда агар улардан биттаси боши билан, иккинчиси думбаси билан кичик чаноқнинг кириш қисмига яқин туриб қолиб, туғруқ жараёнида думба қисми билан олдин келган ҳомила туғила бошласа, уни чаноқ қисми ва танаси туғилиб, боши иккинчи ҳомиланинг бошига илиниб қолиб патологик ҳолат юзага келганда, биринчи ҳомила бошини кесиб — декапитация қилиб иккинчи ҳомилани туғилиши таъминланади. Бунда биринчи ҳомиланинг кесилган боши иккинчи ҳомиладан кейин туғилади ёки олиб чиқилади (қўл ёрдамида ёки перфорация қилиб). Қўл ёрдамида олиб чиқишда акушер қўлини бачадонга киргизиб, кўрсаткич бармоғини ҳомилани оғзига тиқиб бошини эгган ҳолда (одатдаги ҳомила бошининг олдинга эгилган ҳолати), туғиш механизмига амал қилган ҳолда олиб чиқилади.

Декапитация қилиш учун бачадон бўйни тўла ёки деярли тўла очилган бўлиши, бачадон ичига акушер қўли кира олиши керак. Декапитация операцияси қилиш учун ишлатиладиган асбоблардан:

1) Брауннинг декапитацион илмоғи;

2) узун ва бақувват қайчи (бу чаноққа мосланган бўлиб, бироз очилган бўлиши керак);

3) Кохер пинцетлари;

4) операциядан кейин туғруқ йўллари жароҳатини тикиш учун махсус биксда ип, нина ва нина ушлагичлар бўлиши керак.

ОПЕРАЦИЯ ҚИЛИШ УСЛУБИ (ТЕХНИКАСИ)

Ёрдамчи ҳомиланинг тушган қўлини (кўп ҳолатларда кўндаланг ётганни ўтиб кетган турида ҳомила қўли қинга тушиб қолади) акушер сиртмоғи (тугуни) билан бойлаб бир томонга (ҳомила бошининг қарама-қарши томонига) йўналтирган ҳолда тортиб туради, бу қўлни олиб ташлаш асло мумкин эмас. Чунки тушган қўл ёрдамида ҳомиланинг бошини қайси томондалигини, яъни ҳолати (позицияси)ни аниқлаш мумкин бўлади. Операция қилувчи қўлини туғиш каналига киргизиб, қўл бўйлаб ҳомила бўйнини топади, сўнгра бош ва кўрсаткич бармоқ билан ушлаб олади. Сўнгра қўл бўйлаб Браун илгагини киргизиб (илгагни учи тугмага ўхшаб думалоқ бўлади. Бунда шу илгак тугмаси пастга қараган бўлиши керак) ҳомила боши томон айлантириб бачадон бўйнига жойлашади, кейин илгакни ўнга ва чапга айлантириш йўли билан бўйин умуртқасини синдирилади. Бўйин умуртқасини синдиргач илгак олиниб, узун қайчи ёрдамида бўйин териси ва мускуллари кесилади. Бунда қўл билан назорат қилиб туриш керак. Кесиб бўлгач (бошни танадан ажратилгач) ҳомила қўли ёрдамида танаси тортиб чиқарилади. Одатда ҳомила бошини ўзи туғилиши деярли мумкин бўлмайди. Шунга кўра акушер қўлини қайтадан (албатта дезинфекция қилгандан кейин) бачадонга киритиб ҳомила оғзига кўрсаткич бармоқни тиқиб бошни эгган ҳолда (туғиш механизми бўйича) олиб чиқади. Кейин плацентани қўл билан ажратилиб, бачадон бутунлиги текшириб чиқилади.

Агар туғруқ йўллари жароҳатланган бўлса, уни тикади. Баъзи муаллифлар ҳомила бошини перфорация қилиб, краниокласт ёрдамида олиб чиқиш ҳам мумкин деб фикр юритадилар.

КЛЕЙДОТОМИЯ (CLEIDOTOMIA)

Клейдотомия операциясида елка камари айланасини кичрайтириш мақсадида ўмров суяги бир ёки икки томондан қирқилади.

Бундай операциядан кўпинча бошқа операциялардан (декапитация, краниотомиядан) кейин қўшимча операция сифатида фойдаланилади. Баъзан ҳомиланинг елка камари айланаси ҳаддан ташқари кенг бўлиб, чаноқнинг чиқиш қисмида тутилиб қолганда клейдотомия қилинади. Аммо ҳозирда ҳомила тирик бўлса, бундай операция қўлланилмайди. Агар ҳомила катта бўлиб, чаноқ ўлчамига мос келмаса, бунинг бирданбир йўли — кесарча кесиш операциясидир.

Клейдотомия операцияси туғруқ йўлига киргизган қўл назоратида олиб борилади. Қўл юзаси бўйлаб учи тўмтоқ узун қайчи киргизилиб, ўмров суягининг елка камари кесилади ва унинг айланаси 2,5 см га, иккаласини кесганда елка камари айланасининг ўлчами 5 см га камаяди.

ЭВЕНТЕРАЦИЯ ВА ЭВИСЦЕРАЦИЯ (EVENTERATIO EVISTERATIO)

Бу операция ҳомила ҳажмини камайтириш учун қорин бўшлиғидаги ёки ҳомиланинг кўкрак қафасидаги аъзолари олиб ташлашдан иборатдир. Бу усул ҳомила ҳаддан ташқари кўндаланг ётганда, яъни ҳомила танаси кичик чаноқнинг кириш қисмига суқилиб қолганда (кўпинча елкаси билан суқилади) қўлланади. Шунингдек ҳомила қорин деворига яқин жойлашган ва декапитация қилиш учун шароит бўлмаганда ёки ҳомилада аномалия борлиги аниқланганда (асцит) ҳам бундай операциядан фойдаланилади. Бу операция бачадон бўйни тўла очиқ бўлганда қилинади. Бунда ҳомиланинг қорин девори қайчи билан қирқиб, ички аъзолари олиб ташланади. Агар кўкрак қафаси яқинроқ турган бўлса, у ҳолда қовурғалари қирқилиб, кўкрак қафаси очилади, ундадаги аъзолар ҳам олиб ташланади. Кўпроқ операциянинг ҳар икки тури биргаликда олиб борилади.

Ички аъзолар олиб ташлангандан кейин ҳомилани иккига буккан ҳолда туғдирилади.

Агар бунда қийинчилик туғилса, спондилотомия ҳам қилиниб, ҳомилани олиб чиқилади.

СПОНДИЛОТОМИЯ (SPONDILOTOMIA)

Спондилотомия операциясида умуртқаларни кесиб, ҳомилани кичрайтириш йўли билан туғдирилади. Бу қўшимча операция бўлиб, ички аъзоларни олиб ташлаш операцияларига ёрдамчи ҳисобланади, камдан-кам ҳолларда мустақил операция сифатида ҳам қўлланилади.

Ички аъзолар олиб ташлангач умуртқани илгак ёрдамида синдирилади. Сўнгра қайчи билан умуртқа деворининг юмшоқ тўқималари қирқилади ва аввал танасининг юқори қисми, сўнгра бош ва оёқлар кетма-кет чиқарилади. Операциядан кейин бачадон, бачадон бўйни, қин ва чот оралиғи бутунлиги синчиклаб текширилади.

XIX БОБ

ЭРТА ПАЙДО БЎЛАДИГАН ГЕСТОЗЛАР (ТОКСИКОЗЛАР)

Эрта пайдо бўладиган токсикозлар асосан асаб, эндокрин системаси, овқат ҳазм қилиш системаси, иммунологик ва бошқа системалар холатига боғлиқ бўлади. Бунда аёлнинг кўнгли айнаб, қайта-қайта қайт қилади, сўлаги оқади ва ҳоказо.

Эрта пайдо бўладиган гестозларни характерлайдиган элликдан ортиқ назариялар бор.

Кортико-висцерал назария кенг тарқалган бўлиб, 1950 йил бошида машҳур акушерлар С. М. Беккер, А. П. Николаев, А. А. Лебедевлар буни И. П. Павловнинг марказий нерв системаси фаолиятининг ўрганиш назариясига асосланган ҳолда талқин қиладилар. Бу назария бўйича эрта пайдо бўладиган гестозларда рефлектор реакция издан чиқади.

Оврупо ва Америка Қўшма Штатлари олимлари бунда ХГ гормонининг (хориалгонадотропин) кўп ишлаб чиқилиши натижасида жигар фаолияти бузилади деб ҳисоблайдилар.

1937 йилда француз олими Брендо ва бошқалар эрта гестоз (тўхтовсиз қусиш) ва ХГ гормон концентрацияси нормаллаша борган сари аёлнинг аҳволи яхшилана боришини кузатганлар.

Ҳозирги кунгача эрта гестозларни тўла тушунтириб берадиган назария йўқ.

Қайт қилиш турлари: 1) енгил; 2) ўртача; 3) оғир (тўхтовсиз қусиш). Гестозларнинг уччала тури ҳам аёлнинг умумий аҳволига салбий таъсир қилиб, биринчисининг кетидан иккинчиси ва учинчи тури авж олиши мумкин.

1. **Енгил тури.** Асаб тизимининг функционал ҳолати ўзгаради. Бунда бош миянинг фаолияти пасайиб, пўстлоқ ости қаватиники ортади. Вегетатив нерв системасининг фаолияти бузилади, аммо моддалар алмашинуви ва бошқа аъзо ҳамда системалар фаолиятида билинарли ўзгаришлар кузатилмайди. Аёл кунига 2—3 марта қайт қилади. Бу ҳомиладорликнинг 2—3-ойида тўхтайди. Даволаш осон бўлади. 10—15% аёлларда қайт қилишнинг бошқа бир турига ўтиб кетиши мумкин.

2. **Ўртача тури.**

Эрта гестозларнинг бу турида нерв системасида ўзгаришлар кузатилади, организмда углевод ва ёғ алмашинуви бузилиши натижасида кетоацидоз вужудга келади. Ички секреция безлари, жумладан гипофиз, буйрак усти бези, сариқ тана фаолияти ва бошқалар бузилади.

Бу турда аёл суткасига 10 марта ва ундан кўп қайт қилади. Бунда қайт қилиш овқатланишга боғлиқ бўлмайди. Бемор озиб кетади. Тана ҳарорати 37,5°С га кўтарилиши мумкин, томир уриши минутига 90—100 марта бўлади. Организмда сув камайгани туфайли оғзи қурийди, камқонлик кузатилади. Тўғри ва вақтида даволанса, касаллик тузалиши, акс ҳолда оғир турга ўтиб кетиши мумкин.

3. **Оғир тури.**

Гестознинг бу тури жуда оғир кечиб, ҳаётий муҳим аъзо ва системаларга зарар етади, углевод, ёғ, минерал тузлар алмашинуви бузилади. Аёлда метаболитик ацидоз вужудга келади. Бунда у суткасига 20—25 марта ва ундан ҳам кўп қайт қилади. Бемор озиб, териси қуршаб

кетади, тинкаси қуриб, тилини караш қоплайди. Қусуғидан ацетон ҳиди келиб туради. Тана ҳарорати 38—38,5°С гача кўтарилади. Томир уриши тезлашиб, минутига 100—120 мартага етади. Бемор кам сияди, сийдигида ацетон, баъзан оқсил ва цилиндрлар бўлади. Қонда азот қолдиғи кўпайиб, хлоридлар камаяди, кўпинча билирубин концентрацияси ошади. Организмда суюқлик камайиши натижасида гемоглобин миқдори ошади, тери шиллиқ қаватлари сарғаяди. Агар бемор даволанмаса, организмда заҳарланиш ва дистрофик ўзгаришлар авж олиб, кома натижасида касаллик ўлим билан натижаланиши мумкин. Гестознинг оғир турида аёлда жиддий патологик ўзгаришлар кузатилади. Бундай ўзгаришлар пайдо бўлишига сабаб токсик моддалардир. Ҳомиладорликдаги патологик ўзгаришлар марказий нерв системасининг қўзғалиши, моддалар алмашуви ва эндокрин безлар фаолияти бузилиши натижасида вужудга келади.

Қусиш марказий нерв системаси орқали бошқарилади. Узунчоқ мияда қусиш маркази билан бирга нафас, юрак-томир, сўлак ажратиш ва ҳид билиш маркази ҳам жойлашган. Шунинг учун қусишдан олдин кўнгил айнаб, нафас олиш чуқурлашади, периферик томирлар спазмаси (сиқилиши) натижасида беморнинг ранги оқаради. Бу ҳолат қусиш марказининг таъсирланиши натижасида вужудга келади.

Даволаш. Қусишни даволашда бир қатор омилларни ҳисобга олган ҳолда даво чораларидан фойдаланилади. Булар қуйидагилардан иборат:

1) қусиш маркази фаолиятини нормаллаштириш;

2) қусиш марказини таъсирловчи хеморецептор зонани блокада қилиш;

3) меъданинг рефлектор қўзғалувчанлигини қисман сусайтириш ҳамда унинг қисқариш фаолиятини ошириш.

Илгарилари қусиш маркази фаолиятини сусайтиришда седатив ва уйқу дорилар ишлатилган. Ҳозирда қусишни тўғридан-тўғри тўхтатувчи холинолитик, антигистамин ва нейролептик препаратлар бор. Қусишга қарши ишлатиладиган препаратлар қусиш маркази ва хеморецептор зонанинг нейромедиатор системасига, холинолитик ҳамда атропинга ўхшаш препаратлар (масалан, ско-

поломин) қусиш марказининг холинэргетик рецепторларига таъсир қилади, аммо айтарли фойда бермайди. Бунда бир қатор қўшимча ҳолатлар: оғиз ва томоқнинг қуриши, чанқаш, қўзғалувчанлик, галлюцинация ва бошқалар кузатилади. Шунингдек қусишга қарши антигистамин препаратларидан: димедрол, пипольфен, дипразин ва бошқалар қўлланилади. Бу препаратлар асосан седатив, холинолитик таъсир кўрсатади.

Гистаминга ўхшаш таъсир қилувчи препаратлар кунига 2 маҳал, 1—2 мл дан қўлланилади. Қусишнинг енгил турида дедалон (деменгидринат) буюриш ҳам яхши ёрдам беради. Бу ҳам димедрол, хлортеофиллин каби препарат бўлиб, асосан холинолитик таъсирга эга. Бу препаратни таблетка ҳолида кунига 1 тадан 4 маҳал ичиш буюрилади.

Нейролептик препаратлардан фенотиазин ва битирофенон ҳам яхши ёрдам беради. Марказий нерв системасининг хеморецептор зонасига таъсир кўрсатадиган аминазин, этаперазин, метеразин, трифтазин ва бошқалар ҳам қусишга қарши яхши таъсир қилади. Дроперидол аминазиндан кучлироқ таъсирга эга бўлиб, аммо унинг ножўя таъсири бўлгани учун, эҳтиётқорлик билан ишлатиш керак.

Дроперидол қон босимини пасайтириб юбориши мумкин. Ортостатик коллапс рўй бермаслиги учун препарат юборилгандан кейин камида 2—3 соат бемор ётиши керак.

Дроперидол қўллагандан сўнг экстрапирамидал ҳолатлари: титраш, мушакларнинг тортишиб қолиши кузатилади. Бундай ҳолат рўй берса, нейролептик препаратлар билан бирга атропиндан 0,5 мл укол қилиш зарур.

Нейролептик препаратлардан торекан ҳам яхши фойда беради, у асосан қусиш марказининг хеморецептор хонасига таъсир қилади, унинг деярли ножўя таъсири йўқ, умумий нейролептик фаолликка эга, уни 1—3 марта 1 та шамчадан (6,5 мг) тўғри ичакка қўйилади. Агар аёл жуда кўп қусаверса, 1—2 мл дан 7—10 кун давомида торекандан укол қилиш керак.

Шундай қилиб, бу препаратлар таъсирида токсикозга хос бўлган меъда-ичак атонияси ҳам йўқолади. Аммо бунда секреция ўзгармайди. Нейролептик ва антигистамин пре-

паратларни биргаликда буюриш яхши натижа беради. Масалан, церукал ва димедрол ёки дроперидол ва пипольфенни буюриш ҳам фойдали. Булар суткасига 1—2 мл дан, антигистамин эса 2 мл дан буюрилади. Меъданинг рефлектор қўзғалишини нормаллаштириш учун новокаин ичиш буюрилади. Бундан ташқари, адреналин ҳам меъда мускуллари тонусини нормаллаштиради. Бунинг учун 0,1% ли адреналин эритмаси 1—2 ош қошиқдан кунига бир маҳал ичилади. Қусишни даволашдан мақсад уни фақат тўхтатиш бўлиб қолмасдан, балки қусиш натижасида издан чиққан моддалар алмашинуви ва электролитлар мувозанатини яхшилашдир.

Қусиш натижасида айниқса гликоген (турғун бўлмаган энергия манбаи) камайиб, кетоз ҳолати вужудга келади.

Гистон вақтида ёғ кислоталарининг йиғилиши натижасида ацидоз пайдо бўлади. Сийдик билан бирга кўп миқдорда кетон таначалари (кетонурия ҳолати) кузатилади.

Юқорида айтиб ўтилган ўзгаришларни нормал ҳолга келтириш учун инфузион даволаш усулларидан фойдаланиш лозим. Бу асосан уч йўл билан амалга оширилади: коллоид эритмалар, кристаллоид эритмалар ва овқат рационини тўғри белгилаш (парентерал овқатлантириш).

Кристаллоид эритмалар: глюкоза, ош тузи, калий хлорид, Рингер Локк эритмаси, натрий бикорбонат, глюкоза билан новокаин аралашмаси ва бошқалардан иборат. Бу препаратлар асосан қусиш натижасида организм сувсизланганда буюрилади.

Коллоид эритмалар: гемодез, полиглюкин, реополиглюкин, неокомпенсантлардан ҳам фойдаланиш мумкин. Бу эритмалар интоксикацияга яхши таъсир қилади.

Кристаллоид ва коллоид моддалар 2:1 нисбатда олинади.

Парентерал овқатлантириш учун глюкоза, аминокислоталарнинг концентрланган эритмаси, альбумин, плазмадан фойдаланилади. Инфузион даво беморнинг аҳволига қараб олиб борилади. Қонга суюқлиқ юбориш беморнинг сийдик ажратиш қобилиятига қараб белгиланади. Суткали диурез 1000 мл дан кам бўлмаслиги керак.

Бемор қусганда кўп миқдорда калий тузи йўқотади, натижада гипокалемия вужудга келади. Бу ҳолат электролит алмашуви мувозанатини ва юрак-томир системаси фаолиятини издан чиқаради.

Гипокалиемияда тахикардия (кўпинча параксизмал), юрак соҳасида оғриқ пайдо бўлиши, юракнинг тез-тез уриши, титраши, аритмия, миокардда ишемия белгилари кузатилади. Гипокалемияни даволашда хлорид эритмаси ва панангинни 250—300 мл физиологик эритмага аралаштириб венага юборилади.

"Дисоль" препарати ҳам гипокалемияни даволашга ёрдам беради, уни 400—600 мл дан касаллик аломатлари йўқолгунча венага томчилаб юборилади. Эрта токсикозларни даволаш асосан организмдаги барча ўзгаришларни нормаллаштиришга қаратилган бўлиши керак.

Витамин препаратларидан ҳам тўғри фойдаланиш зарур. Бунинг учун айниқса, бош мия ҳужайралари фаолиятини яхшиловчи моддалар зарур. Беморга АТФ, кокарбоксилаза, пиридоксальфосфат ҳам яхши ёрдам беради. Кокарбоксилаза, 0,5% ли липовой кислотадан 4,0 мл, 20% ли кальций пантатенатдан 2,0 мл, 5% ли аскорбин кислотадан 6—8 мл тери остига юборилади. Юқорида келтирилган препаратлар 7—10 кунга мўлжалланган. Агар витамин В ножўя таъсир кўрсатса, венага 10 мл дан рибоксин юбориш мумкин.

Эссенциал препаратлардан 7—10 кун 10 мл дан укол қилингандан кейин, беморга иккинчи турдаги комплекс препаратлар: пиридоксальфосфат 0,02 дан 3 маҳал, фоли кислота 0,001 дан кунига 3 маҳал, метионин 1 таблеткадан 3 маҳал ичишга буюрилади.

Спленин 2,0 дан мускул орасига тайинланади. Барча даволаш муолажалари овқатланиш рационини тўғри белгилаш йўли билан олиб борилади.

И. В. Куликованинг кузатишлари бўйича овқат ҳилларини буюришда организмнинг кетоацидоз ҳолатига аҳамият бериш керак. Бунинг учун овқатда углеводлар, оқсид ҳамда ёғ миқдори етарли даражада бўлиши лозим. Эрта пайдо бўладиган гестозларни даволашда беморга тайинланадиган овқат таркиби гестозни пайдо қилган омилларга қаратилган бўлмоғи керак.

Овқат жуда иссиқ бўлмаслиги, меъдани кимёвий ва рефлектор жиҳатдан таъсирламаслиги зарур. Аёл суткасига 6—8 маҳал оз-оздан илиқ ҳолдаги овқатни ўрнида ётган ҳолда истеъмол қилиши керак. Унга қовурилган, маринадланган овқатлар, пиёз, саримсоқ, гаримдори, кондитер маҳсулотлари, мой (сариёғдан ташқари) тавсия этилмайди. Беморга қайнатилган, буғда пиширилган гўшт, картошка пюреси бериш мумкин. Асал, илитилган тухум, қотирилган нон берса ҳам бўлади. Минерал сувларни газини чиқариб ичиш мумкин.

Ўртача турдаги гестоз билан стационарга ётқизилган аёлга биринчи куни овқат берилмайди, аммо инфузион даволаш тўла ҳажмда олиб борилади. Глюкоза, электролитлар, гемодез, полиглюкин ва рутинли дорилар тайинланади. Аёл ўрнида ётиши керак. Иккинчи куни наҳорда 25—30 г гази чиқарилган минерал сув берилади, буни ҳар 1 соатда бериб туриш керак. Қусиш камайса, минерал сув нормасини ошириш мумкин. Куннинг иккинчи ярмида ивитилган туршак ёки картошкани озгина шакар билан аралаштириб бериш, агар беморнинг аҳволи яхшилана борса, уларнинг миқдорини ошириш керак.

Суюқликни овқатланишидан 30—40 минут олдин ичиш керак.

Учинчи куни, агар беморнинг аҳволи бирмунча оғирлашса, енгил қусишга тайинланадиган овқатларни буюриш мумкин.

Гестознинг оғир турида бемор стационарга ётқизилган куни унга овқат берилмайди, рутинли дорилар ва бундан ташқари, парентерал йўл билан овқатлантириш, глюкоза, электролитлар, оқсил моддалари, интосикацияга қарши препаратлар, қон ўрнини босадиган препаратлар буюрилади.

Иккинчи куни аста-секин суюқлик миқдори оширилади. Учинчи куни янги творог ёки пюре берилади, агар бемор ҳазм қила олса, тўртинчи кундан бошлаб махсус овқатланишга ўтиши мумкин. Бунда овқат бериш беморнинг аҳволига қараб белгиланади. Қусиш тўхтагандан кейин ҳам 10 кунгача шу ҳилда даволашни давом эттириш керак бўлади.

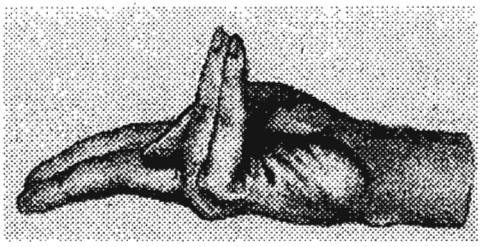
Беморнинг умумий аҳволи яхшиланган қайт қилмаётганлиги ва тана вазнининг ортиб боришига қараб аниқланади. Даво натижаси касаллик варақасига ёзиб борилади.

Сўлак оқиши. Сўлак оқиши гестознинг оғир турида кўпроқ учрайди. Бир кеча-кундузда бир литрча сўлак оқиши мумкин. Сўлакнинг оз-оздан доимий оқиб туриши беморнинг тинкасини қуритади, аммо дастлаб унинг умумий аҳволига таъсир қилмайди. Агар сўлак кўп оқса, лаб ва энгак соҳалари бичилади, беморнинг иштаҳаси пасаяди, умумий аҳволи оғирлашади, озиб кетади, уйқуси бузилади. Бунда сўлак билан аёл организмидан оқсил, электролит, микроэлемент ва бошқа зарур моддалар ажралади. Сўлак оқишда қусишда фойдаланадиган даво чоралари буюрилади. Аёлга шароит яратишда, психотерапия, физиотерапия усулларидан фойдаланилади. Даволаш стационар шароитида олиб борилади. Бу ерда беморга тинчлантирувчи, асаб системасини изга солувчи дорилар, витаминлар, глюкоза ва бошқалар буюрилади. Оғизни мармарак, мойчечак, ментол эритмаси билан чайиш ҳам яхши ёрдам бериши мумкин. Агар сўлак кўп оқса, 0,0005 грамдан кунига 2 марта атропин бериш мумкин. Лаб, лунж соҳалари бичилганда вазелин, Лассар пастаси суртиш лозим. Одатда қилинган муолажалардан сўнг сўлак оқиш камайиб ҳомиладорлик нормал давом этади.

ҲОМИЛАДОРЛИКДА КАМ УЧРАЙДИГАН ТОКСИКОЗЛАР (ГЕСТОЗЛАР)

Тетания (tetania gravidarum). Бунда буқоқ бези фаолияти бузилиши натижасида кальций алмашинуви издан чиқади ва аёлда тетанияга мойиллик туғилади. Баъзи олимларнинг фикрича, буқоқ бези фаолиятининг илгариги етишмовчилиги ҳомиладорликда яққол намоён бўлади. Касалликда қўл мускуллари ("акушер қўли") (84-расм) оёғи ("балерина оёғи"), баъзан юз, тана, ҳиқилдоқ мускулларининг тиришиши кузатилади. Ҳомиладорлик тугаши билан бу ҳолатлар йўқолади.

Даволашда кальций препаратлари, паратиреоидин, D_2 витамини ишлатилади. Токсикоз оғир кечганда ҳомиладорликни барвақт тўхтатиш лозим бўлади.



84-расм. Ҳомиладорликнинг 1-ярмида учрайдиган тетания ("акушер қўли").

Дерматозлар. Ҳомиладорликдаги дерматозлар тери касалликлари ҳисобланиб, асосан ҳомиладорлик даврида пайдо бўлади. Ҳомиладорлик тугагандан кейин ўзўзидан йўқолиб кетади.

Дерматозлар одатда сурункали кўринишда кечади, баъзан экзема, эшакем, эритема, учуқ каби тошади. Унинг кўпроқ учрайдиган тури (pruritus gravidurum) ҳомиладорликнинг биринчи ойларида ёки охирида пайдо бўлиши мумкин. Одатда у жинсий аъзолар соҳасига ёки бутун танага тарқалади.

Дерматозга ташҳис қўйиш унчалик қийин эмас. Аммо албатта қон касалликлари, гижжа, овқат моддалари ва дорига аллергияси бўлган ҳолларда даволаш омиллари шуларга (асосан асаб системасини тинчлаштиришга) қаратилган бўлиши лозим. Бундан ташқари организмнинг қаршилик кўрсатиш кучини яхшилаш, бунинг учун дипразин (пипольфен), димедрол, кальций хлор, витаминлар ва ультрабинафша нурлар билан нурлатиш яхши ёрдам беради.

Экзема (Eksema gravidarum). Бу ҳам ҳомиладорликда учраб туради ва из қолдирмай тузалиб кетади. Аммо кейинги ҳомиладорликда яна қайталаниши мумкин. Экзема кўкрак бези, қорин, сон, қўл териларида бўлиши кузатилади.

Даво чоралари асосан дерматологлар билан келишган ҳолда олиб борилади, кўпинча натрий бром, кофеин, кальций хлорид ва бошқа сенсибилловчи омиллардан фойдаланиш яхши натижа бериши мумкин.

Ҳомиладорликдаги мураккабликларга учуқ кўринишидаги (herpes simplex, herpes Zoster) касалликлар кириб, камдан-кам ҳолларда импетиго (impetigo herpetiformis) ҳодисаси кузатилиши мумкин.

Баъзан ҳомиладорларда тез ўтиб кетадиган эшакем, эритема кузатилади.

ҲОМИЛАДОРЛИКДА УЧРАЙДИГАН ЖИГАРНИНГ ЎТКИР ДИСТРОФИЯСИ

Бу касаллик жуда кам учраб, аёлнинг ҳаёти учун жуда катта хавф туғдиради. Бундай патологияни келиб чиқиши ҳали аниқ эмас. Бунда касаллик тобора авж олиб, жигар фаолияти сусая боради. Бундан ташқари, қон томирларда қон тиқилиб қолади, геморрагик белгилар кузатилади. Олигурия (хатто анурия) ҳолати ва шиш пайдо бўлади, организмда оқсил камайиб кетади. Бемор қусиб, гиришади, баъзан кома рўй бериб, касаллик кўп ҳолатларда аёлнинг ўлими билан натижаланади.

Даволаш. Дарҳол ҳомиладорликни тўхтатиш, интоксикацияга қарши препаратлар гемодез, глюкоза, оқсилли ва липотроп препаратлардан фойдаланиш лозим бўлади.

ОСТЕОМАЛЯЦИЯ

Камдан-кам учрайдиган касаллик бўлиб, фосфор ва кальций алмашинуви бузилишидан пайдо бўлади. Бунда суякларда кальций ва фосфор деярли камайиб кетади. Натижада скелет суяклари юмшаб (чаноқ, умуртқа), оёқ ва қўллар деформацияси кузатилади. Касалликнинг келиб чиқиши ҳали тўла ўрганилмаган.

Кўпчилик олимларнинг фикрича остеомаляция касали ички секреция безлари фаолияти бузилганда, авитаминоз ва бошқаларда кўп учрайди. Бундай касалликка ташхис қўйилгач дарҳол ҳомиладорликни тўхтатиш керак бўлади. Касалликнинг енгил тури ҳомиладорликда кузатиладиган симфизиопатия (симфизит) деб аталади.

Симфизиопатияда оёқ ва чаноқ суякларидаги оғриқдан аёлнинг юриши ўзгариб, у тез чарчайди, қов бўғими соҳасида суяклар бир-биридан ажралгани кузатилади. Пайпаслаганда оғрийди.

Даволаш. Кунига 3 маҳал витамин Е 15—20 томчидан ичилади, мускул орасига прогестерон (5—10 мг)дан юборилади.

Аёл симоб-кварц лампаси билан нурлантирилади. Бундай даволаш усулларидан фойдаланилганда касалликнинг енгил турида бемор аста-секин тузала боради.

Ҳомиладорликда баъзан неврологик-невритлар, камдан-кам аёлларда руҳий ўзгариш ҳолатини кузатиш мумкин.

XX БОБ

КЕЧКИ ТОКСИКОЗ-ГЕСТОЗЛАР

Кечки токсикозлар патологик ҳолат бўлиб, ҳомиладорликда кузатилади. Гестозларда асаб системаси, юрак-томир, эндокрин системалари ҳамда гемостаз ва бошқа системалар талофат кўради.

Кечки токсикозлар билан ўрта ҳисобда 7—16% ҳомиладор аёллар касалланади.

Гестоздан касалланган аёллар ўлими ҳали ҳам тез-тез учраб туради.

Умуман гестозни оғир-енгил кечишига қараб тўрт босқичга бўлинади:

1) ҳомиладорлардаги шиш (истисқо) — hudrops gravidarum;

2) нефропатия (Nephropatia gravidarum);

3) преэклампсия (preeklampsia gravidarum);

4) эклампсия (eclampsia gravidarum).

Патогенези. Токсикознинг патогенезида ҳомиладор организмида мосланиш жараёни бузилиши, аъзо ва системаларнинг ҳомиладорликни бошқаришда тўла қонли бўлмаслиги асосий рол ўйнайди.

Ҳозирги вақтда бир қатор муаллифлар томонидан гестоз патогенези кўп қиррали патологик ҳолат эканлиги аниқланган. Булардан бири — аёл организми, плацента, ҳомилада пайдо бўладиган иммунологик ўзгариш ҳам гестознинг авж олишига сабаб бўлади.

Касалликнинг дастлабки даврида нейрогуморал ва иммунологик ўзгаришлар биринчи галда микроциркулятор жараёнининг функционал ҳолатига жавобгар механизмини издан чиқазади.

Микроциркулятор ҳолат қон томир деворларининг тонусига, ўтказувчанлигига, қон оқишига, қон қуюлиш системаси фаоллиги ва фибринолизига, сув-туз алмашину-

вига боғлиқ бўлгани учун ҳомила организмининг функционал фаоллигига салбий таъсир қилади. Кечиккан токсикозда нейрогуморал мулоқотнинг бузилиши натижасида артериал қон томирларда тарқалган спазм (сиқилиши)нинг вужудга келишига сабаб бўлади. Бунда қон томир артериолалари, капиллярларнинг артериал букилмалари, веналарнинг кенгайиши қон томир деворлари ўтказувчанлик хусусиятининг ошиши, организмда суюқлик тақсимланишининг издан чиқиши, плазма ва ҳужайралар гемостазининг фаоллашиши, қоннинг агрегат ҳолатининг ўзгариши вужудга келади. Демак, гестозлар патогенезида қон томирларнинг тарқалган спазмаси, гиповолемия, қоннинг реологик хусусияти (қоннинг қуюлиш хусусияти, ҳужайраларнинг агрегацион ҳолатининг ўзгариши) қон томир ичидаги қоннинг қуйилиш хусусиятидаги ҳолат (қуюлиши, ДВС-синдром) кузатилади. Бу хилдаги ўзгаришлар натижасида циркулятор ва гистотоксик гипоксия вужудга келиб, модда алмашинуви да ҳаётий зарур аъзолар фаолиятига (мия, жигар, буйрак) путур етказади. Бундан ташқари, юқорида келтирилган ўзгаришлар бачадон-йўлдош қон алмашинувини камайтиради. Бу йўлдошнинг асосий етишмовчилигига сабаб бўлади. Гестозда йўлдошнинг етишмовчилиги қон томирларининг паренхиматоз турида бўлиб, бунда унинг ташувчилик, оқсилни синтез қилиш, трофик ва гормонал фаолиятининг етишмовчилиги кузатилади. Натижада бу ҳолат ҳомилада гипоксия ва гипотрофиянинг вужудга келишига сабаб бўлади.

Кечки токсикозлар типик ва атипик кўринишларга ажратилади.

Типик кўринишига шиш, нефропатия (нефропатияда 3 та асосий белги бўлади), преэклампсия, эклампсиялар кириб, атипик турига эса нефропатиядаги 3 белгидан бири бўлиши, кўпинча гипертензия ҳолати, нефропатиянинг иккита белгиси, эклампсиянинг тиришишсиз шакли кузатилади.

Баъзи муаллифлар гипертонияни ҳомиладорлик токсикози деб ҳисоблайдилар. Аммо клиника амалиётида кўпчилик муаллифлар буни нотўғри фикр деб ҳисоблаб, нефропатияга хос белги деб талқин қиладилар.

Гестозлар 2 турга ажратилади:

1) фақат нефропатиянинг мустақил ҳолда кечиши;

2) бошқа патологик ҳолатлар билан биргаликда кечиши.

Токсикознинг бу икки турида касаллик эрта бошланиши (ҳомиладорликнинг 30 ҳафталигидаёқ) ва биринчи турдагига нисбатан анча оғир кечиши кузатилади. Ҳозирда токсикознинг иккинчи тури кўпроқ учрайди. Кўпинча гестозда юрак уриши, нотинчлик, эслаш қобилиятининг ўзгариши, уйқусизлик ёки аксинча, уйқучанлик, сезгирлик қобилиятининг ошиши, жаҳлдорлик, кўз қорачиғининг кенгайиши, сўлак ва ёш оқиши, парестезия ҳолатлари кузатилади. Гестозларнинг оғир-енгиллигини аниқлашда буйракнинг азот ажратиш фаолиятини ҳисобга олиш, бунинг учун мочевина ва креатининнинг қондаги концентрациясини аниқлаш керак. Буларнинг 8,5 ммол/л дан ошиши (нормада 2,5—8,3 ммол/л) буйрак фаолиятининг бузилганидан далолат беради.

Жигарнинг оқсил ишлаб чиқиш ва антитоксик фаолияти ҳам издан чиқади, қон плазмасида оқсил миқдори анча камайиб кетади. Бундан ташқари, онкотик босим ҳам камаяди. Альбумин жуда камайиб кетади. Бунда гипопротеинемиянинг юзага келишига фақат жигар фаолиятининг сусайишигина сабаб бўлмай, балки ҳужайралараро бўшлиқда оқсилнинг йўқолиши, сийдик орқали кўп оқсил ажралиши ҳам сабаб бўлади. Чунки бунда қон томир деворларининг ўтказувчанлик хусусияти ошган бўлади..

Гестозда микроциркуляциянинг узоқ вақт бузилиши, бош суяги ичидаги босимнинг ошиши (гипертензия) га сабаб бўлиб, мияда қон айланиши бузилади.

Гестознинг оғир турида ўпканинг нафас олиш фаолияти бузилади, бунда аёл кўкариб, нафас олиш тезлиги ўзгаради, кислород етишмаслиги кузатилади. Бу хилдаги белгиларга аҳамият бермай касаллик даволанмаса ёки нотўғри даво чоралари кўрилса, касалликнинг оғир кечишига сабаб бўлиши мумкин.

Кечки токсикоз — гестознинг ташхиси. Гестозга ташхис қўйишни претоксикозни аниқлашдан бошлаш керак. Бу муаммони ечишда Ўзбекистонда биринчилардан бўлиб Д. Ф. Каримова иш олиб борган. Претоксикозга ҳомила-

дор организмидаги бир қатор патологик ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда ташхис қўйилади. Бу ўзгаришлар гестозга хос клиник кўринишдан олдин юзага келади. Буни аниқлаш махсус текшириш усулларидан фойдаланган ҳолда олиб борилади. Претоксикозга юрак, шунингдек томир системасидаги патологик реакция, сийдик ва қондаги ўзгаришларга асосланган ҳолда ташхис қўйилади. Бунинг учун тўлиқ маълумот олиш мумкин бўлган тиббий асбоблардан фойдаланилади. Юрак-томир системаси фаолиятининг бузилишига қуйидагилар сабаб бўлади: 1) ҳар икки қўлда артериал қон босимининг бир хил бўлмаслиги; 2) артериал босимнинг ва пульс босимининг камайиши (нормада 40—50 мм симоб устунига тенг); 3) периферик қон оқишининг бузилиши. Буни аниқлаш учун ҳомиладор ҳар икки қўлини муштум қилиб бошидан юқорига кўтарган ҳолда 2—3 секунд тутиб туради, кейин қўлларини пастга тушириб, муштумини очади, бунда қўл бармоқларини ёки бармоғини оқариши, оғриши ёки оғримаслиги (парестезия) периферик қон айланишининг бузилганидан гувоҳлик беради.

Претоксикозда қон кўрсаткичлари: диспротоинемия (альбумин, глобулин коэффициентини камайиши), тромбоцитларни камайиши (100 минг ва ундан кам) кузатилади. Тромбоцитларни ҳомиладорликнинг 16—22—26 хафталигида текшириб борилади.

Ҳомиладорликдаги шишга ташхис қўйиш яширин ва умумий шишни ҳисобга олган ҳолда олиб борилади (85-расм).

Яширин шишни аниқлашда:

1) узук белгисининг мусбат бўлиши;

2) Мак-Клюр Олдрич усули;

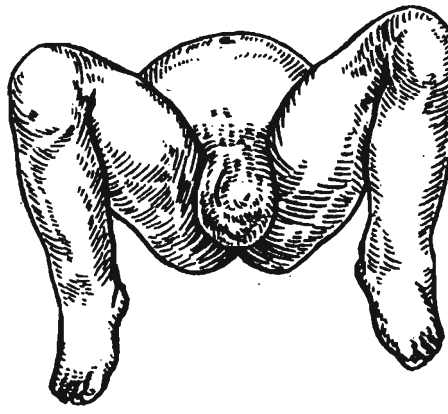
3) оёқ-болдир бўғим ҳажмининг ўзгариши;

4) уч кун давомида бир кунда ажраладиган сийдик миқдорини ўлчаб бориш. Бунда ҳомиладорнинг бир кунда ичган суви белгилаб борилади.

Кечаси ажралган сийдик миқдори 75 мл дан ошмаслиги, бир кун давомида ажралганини эса 900 мл дан кам бўлиши шишни вужудга келишига мойиллиқдан дарак беради;

5) томирлар тонусини чидамлилигини аниқлашда қуйидаги текшириш усулини тавсия этилади.

Ҳар 15 минутда ҳомиладорнинг артериал қон босими ўлчанади. Кейин чалқанча ётқизилиб, ўша заҳоти ва 5



85-расм. Ҳомиладорликдаги шиш (истисқо)

минутдан кейин яна қон босими ўлчанади (айлантириш билан текшириш). Бунда диастолик босим 20 мм симоб устунига кўтарилса, бундай аёлларда гестоз бўлиши мумкин деб ҳисобланади;

6) тана оғирлигининг патологик ошиши. Ҳомиладор оғирлиги унинг бўйига таққослаган ҳолда олиб борилади. Оғирликни ҳафта давомида ўлчаб бориш тавсия этилади. Ҳомиладорликнинг учинчи ойлигида унинг оғирлигини аниқлашда Б. И. Школьник жадвалидан фойдаланиш мумкин (13-жадвал).

Тана тузилиши нормал бўлган ва ҳомиладорлик физиологик ҳолатда кечган аёлларда унинг оғирлиги 16—17%га ортади. Гипоастеник аёллар оғирлигига 23—27%, гипертоникларга эса 12—13% қўшилади (Б. И. Школьник бўйича).

Юқоридаги сон — бир хафтада қўшилган оғирликни кўрсатади.

Пастдаги сон — бир ойда қўшилган оғирликни кўрсатади.

Нефропатия типик ҳолатда кечганда учта белги бўлади (шиш, гипертония, сийдикда оқсил). Артериал қон босим 130/85 мм ёки дастлабки босим 20—30 мм симоб устунидан ошганда бунга нефропатия деб ташхис қўйиш мумкин. Қон босими ошган-ошмаганини белгилашдан олдин албатта аёлнинг асли қон босимини аниқлаш (айниқса гипотоник аёлларда) шарт, чунки гипотоник аёлларда қон босимининг 120/70 дан ошиши ҳам нефропатиянинг бошланишини кўрсатади. Юқорида айтиб ўтганимиздек, асосан битта ёки иккита белги бўлиб, касаллик атипик ҳолатда кечиши ҳам мумкин.

Бу касаллик истисқо касаллигидан кейинги оғир гестоз ҳисобланади ва истисқо билан бирга авж олади. Шишлар борган сари кўпайиб, тананинг деярли ҳамма (оёқдан юзгача) қисмини эгаллайди, ҳатто кўз қовоқлари ва кўз тубида ҳам пайдо бўлади. Сийдикда оқсил кўпайиб (касаллик оғир кечганда) у 5—6% ва ундан ҳам ортиқ бўлади. Олигурия вужудга келиб, сийдик миқдори камая боради. Касаллик авж олган сари сийдикда гиалин ва доналы цилиндрлар пайдо бўлади. Артериал босим ортиб, минутлик ҳажми камаяди.

13-жадвал

Ҳомиладорликнинг учинчи уч ойлигида ўртача тана оғирлигига вазн қўшилиши (Б. И. Школьник бўйича)

Ҳомиладорнинг бўйи см да	Ҳомиладорнинг асли оғирлиги									
	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
185	—	—	—	370/1480	385/1540	400/1600	420/1680	450/1800	480/1920	520/208
180	—	—	355/1420	365/1460	380/1520	385/158	415/1660	445/1480	475/1900	515/2060
175	—	340/1360	335/1400	360/1440	375/1500	300/1560	410/1640	440/1760	470/1880	510/2040
170	325/1300	335/1340	345/1380	355/1420	370/1480	385/1540	405/1620	435/1740	465/1860	505/2020
165	320/1280	330/1320	340/1360	350/1400	365/1460	380/1520	400/1600	430/1720	460/1840	500/2000
160	315/1260	325/1300	335/1340	345/1380	360/1440	375/1500	395/1580	425/1700	455/1820	—
155	310/1240	320/1280	330/1320	340/1360	355/1420	370/1480	390/1560	420/1680	—	—
150	300/1200	310/1240	320/1280	330/1320	345/1380	360/1440	380/1520	—	—	—

Нефропатия кўпроқ биринчи марта ҳомиладор бўлган аёлларда ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида учрайди (кўпроқ сўнги ойларида).

Бу хилдаги токсикозлар рўй берганда йўлдошнинг вақтидан илгари кўчиши каби оғир патологик ҳолатлар кузатилади.

Преэклампсия — бу ҳам нефропатия сингари юқорида айтиб ўтилган учта белги билан танада шиш пайдо бўлиши, албуминурия, гипертония билан кечади.

Юқоридаги асосий белгиларга қўшимча равишда яна бош оғриши ханжарсимон ўсиқ остида оғриқ пайдо бўлиши, юрак сиқилиши, кўзнинг хиралашиши, эс-ҳушни пасайиши, уйқусизлик каби белгилар ҳам қўшилади.

ЭКЛАМПСИЯ (ECLAMPSIA GRAVIDARUM)

Бу патологик ҳолат бирданига пайдо бўлмасдан, аввал истисқо, нефропатия ва преэклампсия пайдо бўлади.

Бу ҳомиладорликдаги токсикозларни энг оғир ва сўнги босқичи ҳисобланади.

Эклампсияда организмдаги барча асосий аъзо ва системаларнинг фаолияти издан чиқади. Касалликнинг энг оғир ва аниқ белгиларидан бири бехушлик (кома) ва тутқанокдир.

Эклампсия ҳомиладорликда, туғруқ жараёнида ва чилла даврида ҳам бўлиши мумкин.

Клиникаси. Эклампсиянинг бошланиши тутқаноқ билан намоён бўлади.

Дастлаб бош қаттиқ оғрийди, артериал қон босим кўтарилади. Юз ва қўл мускулларининг фибрилляр тортишиши (учиши), бемор бир нуқтага тикилган ҳолатда, кўз олмаси юқорига ёки ёнга қараган ҳолда, кўз қорачиғи кичиклашади, кўздан ёш оқади. Агар бунда дарҳол наркоз берилса, эклампсиянинг кейинги босқичга ўтишининг олди олинади.

Эклампсиянинг кейинги босқичи тоник тиришиш билан характерланади, тана тортишиб, барча мускуллар таранглашади. Юз ва кўз қовоқлари учади ва тез-тез тортишиб туради, ниҳоят, қовоғи бекилиб, кўз олмасининг оқигина кўриниб туради. Оғиз бурчаклари тортишиб бўша-

шади. Бу хилдаги тортишиш ва бўшашишлик тезда юздан танага, кейин оёқ-қўлларга тарқалади. Бўйин мускуллари тортишиб, таранглашади ва веналари шишади, беморнинг юзи кўкариб, нафас олмай қўяди, боши орқага эгилиб, қўл панжалари чангак бўлиб қолади. Бу босқич 10—20 секунд давом этиб, бемор учун энг хавфли босқич бўлиб ҳисобланади.

Эклампсиянинг учинчи босқичи клоник тортишиш билан характерланади. Бунда юзнинг, тана ва қўл-оёқларнинг барча мускуллари клоник равишда тортишади. Ярим минутлардан кейин тортишиш камаяди ва бемор нафас олишдан олдин хириллаб, кейин нафас олади, бунда оғиздан қон аралаш кўпик келади. (Қон бемор ўз тилини тишлаб олганидан бўлади). Бундан кейин бемор тинчланиб, аммо ҳали хушига келмайди.

Нафас олиш секин, томир уриши тезлашган эклампсиянинг бу босқичи $1^1/_2$—2 минут давом этади. Тутқаноқ тутгандан кейин бемор маълум муддатгача ҳушига келмайди. Коматоз ҳолатда бўлади. Кейин аста-секин ҳушига келади. Аммо нима бўлганини ўзи эслай олмайди.

Баъзан аёл ҳали кома ҳолатидан чиқмасдан туриб, тутқаноқ яна қайталаниши мумкин.

В. В. Строганов шундай дейди: "Эклампсияда ихтиёрсиз сезгирлик йўқолмасдангина қолмай, ҳатто кучайган бўлади, қаттиқ сўзлаш, йўтал, беморни пайпаслаш, ташқаридан ёки қин орқали текшириш кўп ҳолатларда тутқаноқнинг қайталанишига сабаб бўлиши мумкин."

Бунда бош мия пўстлоғи ва пўстлоқ остининг функционал фаолияти бузилади. Эклампсиядаги патолого-анатомик ўзгаришлар устида жуда кўп муаллифлар иш олиб борганлар, аммо булар орасида К. П. Улезко-Строгоновнинг кўрсатмалари анча аҳамиятлидир.

Бу ўзгаришлардан, асосан томирлардаги тромбоз, айниқса жигар ва буйракдаги ўзгаришлар, қон қуюлиши каби ҳолатлар кузатилади. Жигар тексланиб, бўлаклари билинмай қолади, буйраклар ичида қон қуюлиши тромбоз ва юзасида инфарктлар кўринади.

Буйракда томирлар гиперемияси, буйрак жомчалари эпителийсининг шишиши, буралган ва баъзан тўғри каналчаларда некрозлар учрайди.

Кўпинча мияга қон қуйилиб, у юмшаб қолади. Ўпкада тромблар ҳамда қон қуюлиши, шиш ва яллиғланиш ҳолатини кузатиш мумкин.

К. П. Улезко-Строганов эндокрин системада, хусусан буқоқ ва ошқозон ости безларида, гипофизда, буйрак усти безида, қизариш, қон қуюлишини, плацентада ворсинлар некрози, қон қуюлиши, синцитий ҳужайраларида гиперлазия, инфарктларни аниқлаган.

Ташхис тутқаноқнинг характерли белгиларини кузатиб қўйилади. Бу патологик ҳолатни аниқлашда эпилепсия, истерия ва уремия билан дифференциал ташхис олиб борилади. Оғир формадаги нефропатия нефрозо-нефритни эслатади. Эпилепсияда тутқаноқ ҳомиладорликдан олдин ҳам бўлганини беморнинг қариндошларидан сўраб аниқланади. Бунда тутқаноқ тез-тез қайталанмайди ва сийдикда ўзгариш бўлмайди.

Истерия тутқаноғида аёл ҳушини йўқотмайди, тутқаноқ унча оғир бўлмай асфиксия кузатилмайди, тилини тишлаб олмайди, сийдик ўзгармайди.

Уремияда қон босими анча юқори бўлиб, қонда қолдиқ азот миқдори ва мочевина ошади, кўзнинг кўриш қобилияти анча пасаяди, аммо эклампсия тутқаноғидан фарқ қилади. Камдан-кам ҳолатларда эклампсия тутқаноқсиз кечади (Eclampsia sine eclampsia). Бунда касалликнинг клиник кўринишида мия фаолиятининг бузилганини кўрсатувчи белгилар кузатилади. Булардан: бош оғриши, кучли гипертония, кўриш фаолиятининг пасайиши, сийдикда оқсил, цилиндрлар кўп бўлиши. Эклампсиянинг бу турида аёллар ўлими кўпроқ учрайди. Патолого-анатомик текширишда эклампсияга хос белгилар кузатилади.

Прогнози — натижаланиши. Эклампсия аёл ҳаёти учун жуда хавфли ҳолат бўлиб, баъзан у биринчи тутқаноқдаёқ ўлиши мумкин.

Ўлимнинг асосий сабаблари: мияга қон қуюлиши, юрак-томир системаси фаолиятининг зарарланиши, гипостатик зотилжам, ўпка шиши, буйракнинг ўткир етишмовчилиги, сепсис ва бошқа ҳолатлардир.

Ҳомилдорликдаги эклампсия чилла давридаги эклампсиядан анча оғир кечади. Айниқса ёши каттароқ аёллар-

да эклампсия оғир кечиб, мияга қон қуйилиши, унинг ўлимига сабаб бўлиши мумкин.

А. И. Петченконинг таъкидлашича, диурезнинг пасайиши, артериал қон босимининг ошиши, терининг қуруқлашиши, тана ҳаракатининг бузилиши (буруннинг қашиш белгиси) ҳам касалликнинг ёмон натижаланиш белгисидир.

Умуман эклампсиядаги барча оғир ҳолатлар марказий нерв системаси, хусусан бош мия қобиғи фаолиятининг бузилишидан келиб чиқади.

Эклампсия ҳомиладорликнинг эрта муддатларида бўлса ва бошқа патологик ҳолатлар билан бирга кечса (авитаминоз С ва бошқалар), анча оғир бўлади.

Эклампсия профилактикаси:

1) бу патология болаликда жинсий аъзоларга алоқадор бўлмаган касалликлар (буйрак касаллиги, гипертония, ўпка ва бронхлардаги сурункали касалликлар, сурункали танзиллит) билан оғриган бир қатор (айниқса скарлатина) аёлларда учрайди.

Шунингдек хаддан ташқари семириб кетган аёлларда, жигар сурункали касалликлари, юрак пороки ва бошқаларда ҳам эклампсия хавфи бўлади. Акушерликка хос омилларга: аввалги ҳомиладорликда кечки токсикозни бошидан кечирган аёллар (анамнез орқали аниқланади), ҳомиладорни ёши (18 ёшдан ёш, 30 ёшдан катта), кўп сувли ҳомиладорлик, ҳомиланинг гипотрофияси, камқонлик касаллиги, Rh ва АВо га сенсибилизация қилинган аёлларда ҳам учрайди.

Демак, юқоридаги эклампсияни вужудга келишига ва оғир-енгил кечишига сабаб бўлиши мумкин бўлган омилларни тўғри ўрганган ҳолда ҳомиладорни кузатиб бориш унинг профилактикасида асосий ўрин тутади.

2) ҳомиладорликни режалаштириш. Тез-тез ва кўп туғиш аёллар организмига салбий таъсир кўрсатмай қўймайди. Шунинг учун аёл 3 йил оралатиб ҳомиладор бўлиши, ҳомиладорликни нормал кечишини таъминлайди. Баъзи муаллифларнинг фикрича ёз ва куз фаслларида ҳомиладор бўлса патологик ҳолатлар кам кузатилади. Чунки бу фаслларда витаминлар кўп, ҳаво кислородга бой бўлади.

3) ҳомиладор аёл ҳомиладорликнинг биринчи ярмида ҳар 2 хафтада бир марта, иккинчи ярмидан эса ҳар ҳафтада диспансер врачи кўригидан ўтиши керак;

4) претоксикозни ўз вақтида аниқлаш, бунинг учун ҳомиладорликнинг биринчи ярмида ҳар 3 ҳафтада, иккинчи ярмидан ҳар 2 ҳафтада аёлни текшириб бориш касалликнинг эрта даврини аниқлашга ёрдам беради;

5) аёлни турли эмоционал таъсирлардан асраш, дам олиш ва меҳнат қилишни уюштириш, руҳий ва жисмоний толиқишдан сақлаш, уйқудан олдин тоза ҳавода сайр қилиш;

6) овқатланишни тартибга солиш. Диетологларнинг кўрсатишича, бўйи 155—165 см, оғирлиги 55—60 кг бўлган аёлларга 2400—2700 ккал, 110 г оқсил, 75 г ёғ, 350 г углевод, ҳомиладорликни иккинчи ярмидан оқсил 120 г, ёғ 85 грамм, карбонсув 400 г, 2800—3200 кал (бир кунда) бўлиши керак.

Истеъмол қилинадиган ёғнинг 50% ти ҳайвон ёғи, қолгани ўсимлик ёғи бўлиши керак.

Аёл ҳомиладорликда айниқса оқсил моддаларга ва аминокислоталарга бой озиқ-овқатлар: сут, кефир, творог, қатиқ, қайнатилган гўшт ва балиқ, пишлоқ истеъмол қилиши керак. Аёлнинг бир кунда ичадиган суви 1—1,2 литрдан ошмаслиги керак.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан ош тузини истеъмол қилишни 3—5 г (бир кунда) гача камайтириш (айниқса шишга мойил аёлларда, претоксикозда) лозим.

Ҳомиладор аёл ҳомиладорликнинг 1 ярмида бир кунда 4 маҳал, иккинчи ярмидан эса 5—6 маҳалда овқатланиши керак.

Ҳомиладорликнинг 4 маҳал овқатланишида биринчи эрталабки рацион 30% (бир кунлик рацион ҳисобида), иккинчисида 15%, тушки овқатда 40%, кечқурунги 15% ни ташкил қилиши керак.

КЕЧКИ ТОКСИКОЗ — ГЕСТОЗДА ТУҒРУҚНИ БОШҚАРИШ

Туғруқни тўғри бошқариш ва уни нормал кечишида артериал гипертензияни даволаш, умуман туғруқни оғриқсизлантириш катта роль ўйнайди. Туғруқ жараёнида даволаш — ҳимоя қилиш режими, босқичма-босқич аналь-

гезия (оғриқсизлантириш), бунинг учун нейротроп препаратлардан фойдаланилади. Бунинг асосида закис — кислородли (1:2 нисбатан) аналгезия, 2,0 мг промедолни венага юборилади. Агар бу фойда бермаса, унда венага 40—50 мг/кг узоқ таъсир этадиган гипотензив препаратлардан (оксибутират натрий-гомкдан аёл оғирлигини ҳисобга олган ҳолда) юборилади. Бундан олдин мускул орасига седуксен (сибазон) дан 0,1 мг/кг артериал босимни кузатган ҳолда юборилади.

Агар аналгезияни вақти-вақти билан қўллаш лозим бўлса, мускул орасига трихлорэтилен (трилен) бўлиб-бўлиб кам дозада промедол (10—20 мг) ёки лексир (фортрол) 30—60 мг дан юборилади.

Закись — кислород аналгезиясининг кучини, турғунлигини сақлаш учун венага ёки мускул орасига 5—10 мг (2—4 мл) дроперидол, ёки 5—10 мг (1—2 мл) седуксен (сибазон) ни гистаминга қарши препаратлар билан (мускул орасига), супрастин, димедрол, тавигил, пипольфен ишлатилиши мумкин.

Нефрапатиянинг оғир тури бўлмиш преэклампсияда барча текшириш усулларини қин орқали олиб бориш, инъекция қилишни, закись — кислород наркози остида (ёки закись — фторотан наркоз) олиб бориш керак.

Туғруқнинг биринчи даврини алоҳида тинч хонада олиб бориш лозим. Қоғоноқ пардасини бачадон бўйни очилиши даврида (3—4 см очиқлигида) ёришни маслаҳат берилади. Бунда бачадон ичидаги босим камайиб туғруқ жараёни тезлашади.

Бундан ташқари, бачадон бўйнининг тез ва осон очилиши учун тиришиш (спазма)ни камайтирувчи препаратлар (ношпа, лидаза, атропин)дан фойдаланилади.

Туғруқ жараёида суюқлик юборишни 500—800 мл гача камайтириш керак.

Гипотензив препаратларидан фойдаланишда мунтазам равишда артериал босимни ўлчаб туриш лозим. Агар артериал босим кузатиш жараёнида ошиб кетиб, преэклампсия ҳолати кузатилса, фақат туғруқнинг II—III давридагина ганглиолитик препаратларни ишлатиш мумкин.

Агар нефропатиянинг оғир шакли бўлиб, бу хилдаги препаратлардан фойдаланиш мумкин бўлмаса, унда ку-

чаниқни тўхтатиш керак бўлади. Бунда лозим шароит бўлса ва ҳомила боши билан олдин келиб у чаноқ ичида ёки чиқишида бўлса қисқич қўйилади. Агар ҳомила чаноқ қисми билан келса, бунда ҳам лозим кўрсаткичларга асосланган ҳолда чаноқ қисмидан тортиб туғдирилади. Албатта бунда аёл наркоз таъсирида бўлиши керак.

Туғруқ жараёнида юқорида келтирилган туғруққа ёрдам берувчи усуллардан фойдаланиш учун шароит бўлмаса, унда кесарча кесиш операциясидан фойдаланиш лозим бўлади. Бунда ҳомила ва онанинг ҳаётини сақлаб қолишда кесарча кесиш операцияси ёрдам бериши мумкин.

Кесарча кесиш операциясини қилиш учун асосий кўрсатмалар (ҳомиладорликда ва туғруқ жараёнида);

а) ҳомиладор ёки туғаётган аёлнинг умумий аҳволи оғирлашганда;

б) ҳомилада асфиксия ҳолати кузатилса;

в) туғруқ жараёни сустлашиб, даво чоралари фойда бермаганда;

г) қон кета бошлаганда (плацента вақтдан олдин кўчганда);

Туғруқнинг III даврида қон кетиш хавфининг олдини олиш учун венага томчилаб окситоцин юбориш керак.

Туғруқдан кейинги эрта чилла даврида аёлнинг қон босими назорат қилиб борилиб, даволаш омиллари ҳам шунга қаратилган бўлади.

Кесарча кесиш операциясида комбинация қилинган эндотрахеал наркоздан фойдаланилади. Бу хилдаги наркоз беморнинг нафас олиш фаолиятини бошқариш, гипоксик гипоксиянинг олдини олиш ёки камайишига ва ишлатиладиган препаратлар таъсирини бошқариб туришда енгиллик туғдиради. Маска орқали бериладиган наркозлар бу хусусиятга эга эмас.

Операциядан олдин (премедикация учун) венага ёки мускул орасига: 0,1% атропин сульфат ёки 0,1%, 0,5—1,0 мг метацин промедол билан биргаликда (1%—20 мг) ва 1%—1,2 мл (10—20 мг) димедрол, қўшимча седуксен (сибазон) 0,5%—1—2 мл ёки дроперидол 0,25%—1—2 мл — (2,5—5 мл) юборилади.

Наркоз олдидан венага 1% гексанал ёки натрий тиопентал (20 мг/кг) юборилади ва маска орқали 2—3 минут

кислород билан азот закиси (1:1 ёки 2:1 хисобида) ҳидлатилади. Шу вақт давомида она организми кислород билан таъминланган бўлиб, наркоз таъсирини анча чуқурлаштиради.

Шунингдек трахеяни интубация қилишдан олдин овоз бойламларини, ютқуннинг рефлектор зонасини оғриқсизлантирилади. Бунинг учун 2% ли лидокаин эритмаси ишлатилади, бу айниқса артериал босими юқори бўлган аёлларда қўлланилади.

Трахеяни интубация қилгандан кейин ўпкани вентиляция қилиш аппарат ёрдамида ёки одатдаги усулда олиб борилади.

Закись азотни кислород билан (2:1 ёки 3:1) фойдаланиш то ҳомилани бачадондан олгунча сақлаб турилади. Агар зарурат туғилса, венага 50—100 мг натрий тиопентал (гексанал) юборилади.

Ҳомила олингандан кейин венага бўлиб-бўлиб аналь-гетиклардан: фентанил 0,005%—1—2 мл (0,05—0,1 мг) ва нейролептик — дроперидол 0,25%—1—2 мг (2,5—5 мг) ёки атерактик препарат седуксен (сибазон) 0,5%—1—2 мл (5—10 мг) юборилади.

Мускулларни бўшаштириш (релаксация) учун венага полярлантирмайдиган (қитъаларга айлантирмайдиган), 40—50 мг миорелаксант дитилин (миорелаксин ва бошқалар) дан юборилади.

Трахеяни экструбация қилишда аёлдаги қўзғалувчанлик наркоз тугашининг энг жавобгарли босқичларидан ҳисобланади. Буни эҳтиёткорлик билан олиб борилади.

Операция тамом бўлгандан кейин наркознинг қолган таъсиридан фойдаланган ҳолда, беморнинг оғиз ва юқори нафас йўлларини санация қилиш керак бўлади. Бу вақтда экстубация қилинмайди. Бунда спонтан (бирданига) нафас олишни кузатиш мумкин. Интубацион найча орқали нафас олиш 30 минутдан 1 соатгача давом этади. ИВЛ оғир токсикозда бир хил нафас олиш тикланган-дан кейин, бемор ҳушига келиб гемодинамик ҳолат ва газ алмашуви нормаллашгандан сўнг тўхтатилади.

Мумкин қадар беморни мустақил нафас олишини таъминланса ИВЛ узоқ давом этганда кузатиладиган асоратларнинг олди олинади.

Трахеяни экстубация қилгандан кейин даволашни седатив, атарактик ва бошқа препаратларни беришни камайтирган ҳолда олиб бориш керак бўлади.

Операциядан кейин даво чоралари беморнинг умумий аҳволига қараб олиб борилади.

(Биз юқорида келтирилган кесарча кесишдаги оғриқсизлантиришни Н. Н. Расстригиндан олдик).

КЕЧКИ ТОКСИКОЗДА ҲОМИЛАДОРЛИКНИ БОШҚАРИШ

Кечки токсикоз — гестоз билан оғриган ҳомиладорларни даволаш давомида, даволаш омиллари таъсирини тўла ўрганиб бориш шарт. Акс ҳолда, яъни даволаш жараёнида қилинган эътиборсизлик натижасида, даво чоралари беморга қанчалар фойда бераётганини аниқлаб бўлмайди ёки касаллик босқичларининг оғирлашишига сабаб бўлиши мумкин.

Агар даволаш омиллари ижобий натижа бераётган бўлса, унда даволашни то ҳомила етилгунча олиб бориш лозим бўлади. Албатта бунда ҳомиланинг ҳолатини ҳам мунтазам кузатиб бериш керак. Қандай монеликлар бўлганда ҳомиладорликни вақтдан илгари тўхтатиш керак бўлади:

а) нефропатиянинг оғир турида, агар даволаш омиллари 1—2 кун давомида ижобий натижа бермаса;

б) агар ҳомилада плацента фаолиятининг етишмовчилиги сабабли гипотрофия бўлса;

в) нефропатиянинг I—II даражасида, 1—2 хафта давомида даво омиллари ёрдам бермаса;

г) ҳомиладор аёлда ҳомиладорлик муддатидан қатъи назар қон кетиб қолса (плацентанинг олдин кўчиши, плацента бачадоннинг пастки қисмида жойлашганида қон кетиши);

д) ҳомила она қорнида ўлиб қолган бўлса.

Туғруқни бошқаришда аввал қоғоноқ пардасини ёриб, кейин бачадонни қисқартирувчи препаратлардан фойдаланилади.

Аммо плацента тўла ўрнидан кўчган бўлса ва туғруқ йўллари тайёр бўлмаса, унда аёл ҳаётини сақлаб қолиш

мақсадида кесарча кесиш операцияси қилинади. Агар туғруқ йўли қисман тайёр, бачадон бўйни 2—4 бармоқ очилган, ҳомила ўлик бўлса, унда қоғоноқни ёриб, ҳомила бошини Дуайен қисқичи билан қисиб (Иванов-Гаус қисқичи) юк осиб қўйилади. Бундай операция аёлнинг умумий аҳволи қониқарли бўлиб, йўлдош қисман кўчган, токсикоз енгил кечаётган бўлсагина қилинади. Аммо бу усулдан ҳамма вақт ҳам фойдаланилмайди, чунки бу патологик ҳолатни оғирлаштириши мумкин. Агар ҳомила думбаси билан келса, унда оёғининг тизза бўғимини жинсий ёриқдан чиқазиб, юк осиб қўйилади. Лекин бу хилдаги операция кўп қўлланилмайди.

Агар бачадон бўйни тўла очиқ бўлиб, туғруқ йўлларида нуқсонлар: чаноқ суягида ўсма, дўнгликлар, ўсиқлар бўлмаса, ҳомилани классик усулда айлантириб туғдирилади. Ҳомила боши чаноқ киришида, ичида ёки чиқишида бўлиб, аммо ўлик бўлса, омориотомия, агар бачадон бўйни $2^1/_2$—3 бармоқ очиқ бўлса, кранеоклазия ёки кледотомия қилиб туғдирилади. Аммо нефропатиянинг оғир формасида беморнинг ҳаёти ҳавф остида бўлганда кесарча кесиш операциясидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

Кесарча кесиш учун кўрсатмалар:

а) эклампсия;

б) анурия;

в) амовроз;

г) преэклампсия ва нефропатиянинг оғир турида 1—2 кун қилинган даво чоралари ижобий натижа бермаса;

д) кўз тўрининг кўчиши;

е) кўз тўрига қон қуйилиши;

ж) мияга қон қуйилиш ҳавфи туғилганда;

е) турли акушерлик патологиясида туғруқни тезлаштириш омиллари ёрдам бермаса (ҳомила чаноқ қисми билан олдин келганда, ҳомила катта бўлса, плацента вақтдан олдин кўчганда, умуман қон кетганда).

Демак, шифокор ҳомиладорни кузатганда уни чуқур ўрганиши ва даволаш омилларидан тўғри фойдаланиши, ҳомиладорликни давом эттириш ёки эттирмасликни аниқ билиши керак.

КЕЧКИ ТОКСИКОЗ-ГЕСТОЗНИ ДАВОЛАШ

Кечки токсикоз-гестозни даволашни комплекс равишда олиб бориш учун даволаш, ҳимоя қилиш тартибига риоя қилиш, макро- ва микрогемодинамикани, томирлар тиришиши (спазми) ва гиповолемияни, туз-сув алмашинувини тартибга солиш, метаболизмни нормаллаштириш, бачадон-плацентадаги қон алмашувини назорат қилган ҳолда антиоксидант ва дезинтоксикацион даволаш чораларини қўллаш.

Даволашни претоксикоз босқичидан бошлаш керак. Претоксикоз ва ҳомиладорликдаги истисқо (шиш)ни даволашни поликлиника шароитида олиб бориш мумкин. Агар бу даволаш усули ёрдам бермаса, унда беморни албатта стационарга ётқизиш керак. Чунки баъзи ҳолларда касаллик — истисқо тўғри даволанмаса, нефропатияга айланиб кетиши мумкин.

Нефропатия билан оғриган аёл албатта акушерлик стационарида даволаниши лозим. Токсикознинг оғир формасида аёллар акушерлик стационарининг патология бўлимида юқори малакали шифокор назоратида бўлишлари керак. Акушерлик стационари иложи борича кўп профилли касалхона яқинида жойлашиши лозим. Шундагина аёлга мутахассис анестезиологлар, ички касалликлар врачи (терапевт), реанимацион — анестезиологик хизмат кўрсатадиган, янги туғилган чақалоқларни парвариш қиладиган бўлимлар керакли ёрдамни кўрсатади.

Кечки токсикозни даволашда мутахассис аёлда вужудга келиши мумкин бўлган нафас олиш етишмовчилиги, она ва ҳомиладаги гемодинамик ўзгаришлар, сув-туз алмашувининг бузилиши, ўринсиз нейротроп, гипотензив препаратлар, венага қуйиладиган эритмалар ва сийдирадиган дориларнинг зарарли таъсирларини тасаввур қилган ҳолда бошқариши керак. Шунга кўра кучли таъсир қиладиган препаратлар таъсирини динамик равишда кузатиб бориш керак.

Беморни даволашда ҳимоялаш режими энг асосий даво омилларидан ҳисобланади. Бунда вақтида дам олиш ва ухлаш режимига риоя қилиш катта аҳамиятга эга. Макро-микрогемодинамикани нормаллаштириш учун қон

босимини пасайтирувчи препаратлар қўлланади. Бундан фойдаланганда нефропатиянинг кечишини ҳисобга олиш (истисқо, нефропатия, преэклампсия, эклампсиянинг типик, атипик ва бошқа турдаги патологиялар билан биргаликда кечадиган турлари) керак бўлади.

Албатта нефропатиянинг бир қатор патологик ҳолатлар билан бирга кечишини ҳисобга олган ҳолда, даволашда турли таъсирга эга бўлган препаратлар билан биргаликда, хусусан спазма (тиришиш)ни йўқотадиган адреноблокаторлар, периферик томирларни кенгайтирадиган вазоактив аминларнинг ингибитори, ганглиоблакаторларни қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Кечки токсикозни даволашда магний сульфат ҳозиргача ўз қимматини йўқотгани йўқ. У мускул орасига юборилади. Аёл дорини биринчи марта қабул қилганида дозаси 6 г бўлиши, энг катта миқдори 120 г дан ошмаслиги керак. Дорини 20—25 фоизли эритма ҳолида ҳам юбориш мумкин. Уни юборишдан олдин албатта аёлнинг тизза рефлекси (тирик рефлекс бўлиши керак), нафас олиш тезлиги (нафас олиш бир минутда 14 та дан кам бўлмаслиги керак), сийдик миқдори ва сифати (бир соатда 30 мл дан кам бўлмаслиги) текширилиб бориши керак.

Туғруқ жараёнида ва эрта чилла даврида магний сульфатдан фойдаланиш мумкин эмас. Чунки у бачадоннинг қисқариш хусусиятини сусайтириб, натижада туғруқ дардининг сустлашишига, чилла даврида эса бачадоннинг қисқаришига салбий таъсир кўрсатади ва қон кетишига сабаб бўлади. Агар организмга магний сульфат кўпроқ дозада юборилган бўлса, унда венага 10% ли 10 мл глюконат кальций ва тери остига 0,05% ли 1,0 мл прозерин юбориш керак бўлади.

Ҳаётий зарур аъзоларнинг (мия, буйрак, жигар) микроциркуляциясини (майда қон томирларда қон оқиши) яхшилашда барча даволаш омиллари электролит ва метаболитик бузилишларни тиклашга қаратилган бўлиши керак.

Инфузион даволаш усулидан нефропатиянинг енгил формасида, унинг узоқ кечишида ёки қайталанишида, нефропатиянинг II—III даражали кечишида, преэклампсия, эклампсияда, ҳомила гипотрофиясида фойдаланилади.

Инфузион даволаш гематокрит кўрсаткич ва диурезни мунтазам равишда аниқлаган ҳолда олиб борилади. Инфузион даволашда гематокрит кўрсаткич 27—28% дан кам бўлмаслиги, диурез эса бир соатда 50—100 мг бўлиши керак. Бир кун давомида юбориладиган умумий суюқлик миқдори 1200—1400 мл дан ошмаслиги керак. Суюқликни венага юборганда унинг тезлиги бир минутда 20—40 томчи бўлиши керак.

Агар бир соатда ажралаётган сийдик миқдори 30—40 мл ёки ундан кам бўлса диуретиклар қўлланади. Диуретиклар ишлатилганда гемотокрит кўрсаткич 34—35% дан ошиқ бўлмаслиги керак.

Осмодиуретик (монитол)лар томир ичидаги суюқликни оширади, шунинг учун уни артериал гипертензияда, юрак-томир системаси патологиясида қўллаш тавсия этилмайди.

Осмодиуретиклар ёрдамида диурезни ошириб юборилса гипернатриемия (бунда Na бир литрда 150 ммоль дан ошади) ҳолати кузатилиб беморда бехушлик, оёқ-қўлларнинг иҳтиёрсиз харакатланиши кузатилади.

Фуросемидни ишлатганда калий етишмовчилиги кузатилади (калий бир литрда 3,5 ммоль/л дан камайиб кетади). Бунда юракда аритмия — ҳаёт учун хавфли ҳолат вужудга келади. Буйракнинг фильтрлаш хусусияти бузилганда, анурияда, қон босими юқори бўлганда, гиповолемия билинарли даражада бўлганда диуретикларни ишлатиш мумкин эмас.

Инфузион даволаш олигурияда эҳтиёткорлик билан диурезни, гемодинамикани (артериал қон босими, пульс), калий ва кальций концентрацияси, қонни биокимёвий текшириш натижасини мунтазам кузатган ҳолда олиб борилади.

Бунда дастлаб томирлар тиришишини (спазм) йўқотиш, буйрак жомчаларининг фильтрация қилиш фаолиятини оширишга қаратилган даво чораларидан фойдаланилади. Бунинг учун 2,4% ли эуфиллиндан 10 мл венага юборилади, шунингдек глюкоза-новокаин аралашмаси, электролит эритмалари, юрак гликозидларидан ҳам фойдаланилади. Венага 20 мг лазикс юбориб, кейин 30 мг маннитолдан укол қилиниб, 2 соат давомида ҳар соатда

ажралган сийдикни ҳисобга олинади. Агар диурез етарли (700—900 мл) бўлса, унда инфузион даволашни давом эттирилади.

Диурез бир соатда 50 мл дан кам бўлса, юқорида кўрсатилган даво чораларини қайтариш керак бўлади.

Шуни унутмаслик керакки, олигурияда венага юборилаётган эритма тезлиги унинг организмдан ажралиш тезлигидан ошиқ бўлса, бу ҳолат гиперволемияга олиб келиши мумкин.

Катта дозада Na сиз ёки гипоосмолярли эритмалардан (айниқса буйракда қон айланиши бузилганида жомчаларнинг фильтрация қилиш тезлиги 25% гача бўлса, аслига нисбатан) фойдаланилганда гипонатриемия (135 ммоль/л дан) камайиб кетади.

Шуни унутмаслик керакки, баъзан диурез қониқарли (бир соатда 40 мл) бўлсада, буйракнинг етишмовчилиги сақланган бўлади. Шунинг учун клиник ҳолатни аниқ тасаввур қилишда фақат сийдик ажралишини аниқлаш билангина чекланиб қолмасдан, қон зардобини, сийдикни биокимёвий йўл билан текшириш керак бўлади. Агар организмнинг сув-электролит мувозанати бузилиб, унда метаболит шлаклар тўпланган аниқланса, ҳатто полиурия бўлса ҳам буйрак фаолиятининг етишмовчилиги ҳақида фикр юритиш керак бўлади. Агар турғун ҳолда анурия кузатилса, унда анестезиолог ва нефрологлар билан маслаҳатлашиб, ҳомиладорликни вақтдан илгари тўхтатиш режасини тузиш керак бўлади.

Қоннинг реологик хусусиятини нормаллаштириш учун инфузион даволашга дезагрегатлар, реополиглюкин, глюкоза, новокаин аралашмаси, гемодез, альбумин қўшилади.

Қоннинг ивиш (коагуляцион) хусусияти бузилганда ва ДВС синдром (қоннинг ивиш хусусияти)нинг профилактикасида антикоагулянт гепариндан фойдаланиш мумкин.

Нефропатиянинг енгил (ҳомиладорликнинг эрта муддатида бошланган), ўрта оғир ва оғир формаларида, ҳомила гипотрофиясида, токсикознинг бошқа турли патологик ҳолатлар билан бирга кечганида гепариндан фойдаланилади.

Гепариндан фойдаланилганда қоннинг қуюлиш хусусиятини, вақтини, тромбоцит ва протромбин индексини

текшириш, тромоэластограммадан фойдаланиш керак бўлади.

Гепариннинг ижобий таъсири қоннинг қуюлиш вақти (1,5 баробар ошади) билан аниқланади. Агар бу ҳолат икки баробар ошса, гепариндан фойдаланишни тўхтатиш керак. Шунингдек тромбоцитлар миқдорининг камайиши ҳам гепариндан фойдаланишни тўхтатиш кераклигидан дарак беради. Гепариндан фойдаланиш давомида, шунингдек натив плазма препаратларини ишлатиш зарур (бу антитромбин II манбадир).

Организмга гепарин билан реополиглюкинни (реополиглюкин гепаринли аралашма), 5—6 мл реополиглюкин ва 350 бирликда гепарин (аёлнинг 1 кг оғирлигига) бирга юбориш мумкин.

Венага бу аралашмани бир минутда 20 томчидан юборилади, қолган гепариннинг ярмини ҳар 6 соатда тери остига бир хил дозада юбориб турилади. Даволашни то қоннинг қуюлиш хусусияти нормаллашгунича давом эттирилади.

Кейин ҳар 4—6 соатда тери остига гепариндан юбориб турилади (қоннинг қуюлиш хусусиятини нормал ҳолда сақлаб туриш мақсадида).

Агар токсикозда ҳомила гипотрофияси кузатилса, 2—3 ҳафта давомида гепариндан дезагрегантлар билан биргаликда фойдаланилади. Гепариндан фойдаланишни тўхтатиш унинг дозасини аста-секин камайтириш йўли билан олиб борилади.

Агар организмда гепариннинг дозаси ошиб кетган бўлса, бунда венага протамин сульфатнинг 1% эритмасидан 2—5 мл юборилади.

Гепариндан фойдаланишни туғишдан 4—5 кун олдин тўхтатиш керак.

Гепаринни ишлатишга монелик ҳолатлар: геморрагик диатезда, қонинг қуюлишига мойил бўлганларда, тез-тез қон кетиб турадиган аёлларда, ошқозон-ичак яраларида, анамнезида қон кетгани аниқланганда, буйрак тошида, гематурия бўлганда, ўткир ва сурункали лейкозда, апластик, гипопластик камқонликда, мияга янги қон қуюлганда, қон босими юқори бўлганда ишлатиш мумкин эмас. Кечиккан токсикозни даволашда антиоксидант таъсири-

га эга бўлган токоферол ацетат (Вит. Е)ни ишлатиш ҳам яхши ёрдам беради. Токсикозни даволаш усуллари, плацента етишмовчилигини, бачадон ва плацентада қон алмашуви бузилишининг олдини олишга қаратилган бўлиши керак. Кечиккан токсикознинг оғир формалари (III даражадаги нефропатия, преэклампсия, эклампсияда)да Н. Н. Растригин схемаси бўйича комплекс даво омилларини олиб бориш яхши натижа бериши мумкин.

Эклампсия ва преэклампсияларда асосан даволаш-ҳимоя қилиш режими томирлар тиришиши (спазма) га қаратилган гипотензив даволаш, гиповолемияни яхшилаш, микроциркуляцияни нормаллаштириш, организмдаги сувни камайтириш (дегидратацион даволаш), мия қопқоғи ичидаги босимни, шишни камайтириш, диурезни кучайтиришга қаратилган бўлиши керак. Бундан ташқари, интоксикацияга қарши, яъни ҳомила асфиксияси, ўпка шиши, буйрак ва жигар етишмовчилиги ҳамда эклампсия тутқаноғи қайталанмаслигини таъминлаш — профилактика ҳамда даволаш омилларининг асосий қисмини ташкил қилади.

Нейротроп препаратлардан укол қилиш поликлиникада ёки уйда тез ёрдам врачи, стационарнинг қабулхонасида шу ернинг врачи томонидан стационарга олиб кетиш олдидан бажарилади. Стационарга оғир токсикоз билан келтирилган бемор, патология бўлимига, алоҳида хонага ётқизилади.

Беморга маска орқали эфир ёки фторатан наркози билан бир вақтда ўмров суяги ости венасига (Vena subelavia) ёки периферик венага дорили препаратларни махсус полиэтиленли катетер қўйиб қуйиш керак.

Буйрак фаолиятини назорат қилиб бориш мақсадида аёл қовуғига доимий катетер киргизиб қўйилади.

Бунда биринчи галдаги асосий вазифалардан бири эклампсия тутқаноғи қайталанишининг олдини олишдир. Бунинг учун 5—10 мл (2—4 мл) дроперидол, седуксен, 5—10 мл новокаин билан бирга венага юборилади. Агар аёл организми тиришишга тайёр ҳолатда бўлса ёки тутқаноқ яна қайтарилса, венага 2 мг 1%—2% промедол 1,0—1,5 мл ёки 25—50 мг, 0,5 ли пипольфендан 2,5—5,0 мл юборилади (наркоз остида).

Агар эклампсия тутқаноғи тўхтамаса, унда қисқа муддатга фторатанли азот закисини кислород билан биргаликда 1:2 ёки 2:1 миқдорда маска орқали ҳидлатилади. Шу вақтда сульфат магнийдан ҳам фойдаланиш мумкин.

Эклампсия тутқаноғи тўхтагач аёл организмида турғунликни сақлаш учун кам дозада седуксен ёки пипольфендан қилинади. Албатта бунда ҳар бир аёлга алоҳида доза белгиланади. Сульфат магнийдан фойдаланиш билан бирга психотроп препаратлар ҳам ишлатилади. Эклампсия тутқаноғини тўхтатиш учун шунингдек барбитуратлар: гексанал натрий, тиопенталдан ўртача дозаси 250 мг ни 1% ли эритма ҳолида венага юборилади.

Нафас олиш ва юрак-томир системаси фаолияти бузилиб, эклампсия тутқаноғини тўхтатишга эришилмаса ва эклампсия комаси юз берса, унда кесарча кесиш операцияси қилинади. Бунда ўпкани сунъий вентиляция қилиш лозим бўлади. Эклампсия тутқаноғининг қайталаниб туриши ҳам кесарча кесиш операциясига кўрсатма бўла олади.

Инфузион даволашдан олдин даволаш-ҳимоялаш режимини уюштириш ва бунда гипотензив препаратлардан фойдаланиш лозим бўлади.

Томирларда оқаётган суюқлик миқдорини бир меъёрда сақлаган ҳолда сийдирадиган препаратлардан фойдаланилади.

Шуни унутмаслик керакки, турли метаболитик ҳолатларда бош мия фаолиятининг етишмовчилиги бўлиши мумкин. Буларга диабет, гипогликемия, уремия, жигар комалари сабаб бўлиши мумкин. Бундан ташқари, экзоген заҳарланиш, миядаги ўсма, инсультда ҳам кузатилади.

Бу хилдаги комаларнинг клиник кўриниши уни келиб чиқишидан қатъи назар бир-бирига ўхшаб кетади.

Команинг енгил турида мия усти зарарланса ҳам нафас олиш ва қон айланиш системасининг асосий фаолияти бузилмасдан қолади. Беморнинг чуқур беҳушлигига қарамасдан вегетатив система фаолиятининг бузилмагани команинг яхши натижаланганини белгисидир.

Умуман кечиккан токсикозларнинг оғир формасини даволашда реаниматологларнинг иштироки (маслаҳати) зарур.

КЕЧКИ ТОКСИКОЗ (ГЕСТОЗ) БИЛАН ОҒРИБ ЎТГАН АЁЛЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ

Кечки токсикоз билан оғриб ўтган аёлларни реабилитация қилиш 2—4 этапда олиб борилади.

Агар туққандан кейин аёлда 6 ой давомида протеинурия, гипертензия йўқолса, унда реабилитация омилларини 3 босқичда: биринчи босқич токсикознинг оғир-енгиллигига қараб туғруққонада 3 ҳафта давомида олиб борилади. Шу вақт мобайнида аёлни кузатиб туриш: артериал қон босимини ўлчаш, ҳар ҳафтада қон ва сийдигини текшириб туриш (Зимницкий, Нечипоренко, Реберг синамаларини қўллаш), қонда мочевина ва оқсилни аниқлаш лозим. Текшириш жараёнида аёлнинг умумий аҳволини ҳисобга олган ҳолда нерв системаси фаолияти, томирлар таранглиги (тонуси), артериал қон босими, сув электролитлар ҳолати ўрганилиб ва диққат-эътибор уларнинг нормаллашишини таъминлашга қаратилган бўлиши керак.

Иккинчи босқичда реабилитация поликлиника шароитида терапевт томонидан бир йил давомида олиб борилади. Бунда аёл бир ойда 2 маротаба шифокор кўригидан ўтиши керак. Бунда беморнинг артериал қон босимини ўлчаб, сийдик ва қонни клиник лабораторияда текширувидан ўтказилади. Бу босқичда даво чоралари аёлнинг умумий аҳволига қараб белгиланади. Бунда артериал қон босими, томирлар таранглиги, буйрак фаолиятини ўрганган ҳолда марказий нерв системаси фаолиятини яхшилашга қаратилган даволаш омилларидан фойдаланилади. Агар жинсий аъзоларга алоқаси бўлмаган бошқа патологик ҳолат кузатилса, аёл махсус мутахассисларга кўриниши керак бўлади. Учинчи босқичда агар аёлда чилла давринг дастлабки ойи давомида протеинурия ва гипертензия кузатилса, бундай ҳолларда аёлни буйрак касалликлар бўлимига ўтказилади. Бу ерда махсус даво чоралари қўлланилади. Аёлни бу бўлимда рентген, радиоизотоп ва бошқа текшириш усулларидан фойдаланган ҳолда текшириб даволайдилар.

Кечки токсикоз-гестоздан кейин бошқа турдаги касалликлар: гломерулонефрит, пиелонефрит, гипертония

вужудга келса, ана шу касалликларга хос даво чоралари қўлланилади.

Тўртинчи босқичда бемор касалхонадан чиққандан кейин бир йил давомида тиббий кузатувда бўлади. Аёл поликлиникага ҳар ойда бир марта бориб, кўрикдан ўтиши керак. Бунда лозим бўлса, уролог ва терапевтлар назоратидан ҳам ўтиши керак.

XXI БОБ

ҲОМИЛАДОРЛИКНИ БАРВАҚТ ТЎХТАТИШ

Эркак уруғи билан аёл тухумининг қўшилиши ва унинг мураккаб тараққиёти жараёнини бошқариш она организми зиммасида бўлиб, бунда унинг мураккаб механизми — эндокрин аппарати етакчи рол ўйнайди. Ҳомиладорликни барвақт тўхтатиш сабабларини 4 қисмга бўлиш мумкин.

1) имунологик омил; 2) аёл организмидаги патологик ҳолат; 3) хромосомларнинг бузилиши; 4) ташқи шароит. Сўнгги йилларда она-йўлдош-ҳомила тизимида иммунологик бузилиш ҳолати кўп кузатилмоқда. Бир қатор ҳолатларда йўлдошдаги иммунодепрессив омиллар камайиши ва фетоплацентар комплекс фаолиятининг издан чиқиши натижасида ҳомиладорлик олдин тўхтайди.

Ҳомиланинг нормал тараққиёти аёл организмининг ҳолатига боғлиқ бўлиб, ҳомила ҳам она организмига фаол таъсир қилади.

Она ва ҳомиланинг ўзаро таъсирининг физиологик жараёни бузилса онада турли патологик ҳолатларни (токсикоз, ҳомиладорликнинг барвақт тўхташи, бачадонни қисқариш хусусиятининг ўзгариши, эндокринопатия, ҳомиланинг нобут бўлиши, нуқсонли бўлиб туғилиши ва бошқалар) вужудга келиши кузатилади.

Ҳомиладорликни барвақт тўхташи, ҳомиладорлик муддатига ва туғилган боланинг яшаш қобилиятига қараб икки хил бўлади.

1. Ҳомиладорликнинг 28-ҳафтасигача тўхташига бола ташлаш ёки аборт дейилади. Бунинг ўзи икки турда уч-

райди: эрта аборт — 16 ҳафтагача, кечки аборт — 16 ҳафтадан 28 ҳафтагача.

2. Ҳомиладорликнинг 28 ҳафтадан 38 ҳафтагача бўлган даврда тўхтатишга чала бола туғиш дейилади. Бундай болалар яхши парвариш қилинса яшаб кетади. Бунда ҳомиланинг оғирлиги 1000—2500 грамм, бўйи 35—37—47 см бўлади. Н. С. Бакшеев бўйича беихтиёрий аборт (2,5—4,5 ҳомиладорликнинг барвақт тўхташи 3,5—4,5) ҳам учрайди. Унинг айтишича, бундай ҳолат шаҳарда яшовчи аёллар орасида қишлоқдагиларга нисбатан 2—3 маротаба кўп учрайди. 25 ёшгача бўлган битта туққан ёки биринчи ҳомиласини аборт қилдирган аёлларда кўпроқ кузатилади. Баъзи аёлларда ҳомилани вақтдан илгари тўхтатиш одат тусига кириб қолган бўлади. Бундай абортни одат тусига кириб қолган беихтиёрий аборт (abortus rabitualis) деб аталади.

Одатда бу гуруҳ аёлларда битта бир хил сабаб бўлиши, агар уни йўқотилса, ҳомила муддатига етиб туғилиши мумкин.

Абортнинг эрта ва кечки деб аталишига сабаб, эрта абортда йўлдош тўла етилмагани учун кўпинча ҳомила билан бирга тушади. Кечки абортда эса аввал сув кетади, ундан кейин ҳомила туғилади, сўнгра йўлдош тушади. Туғиш жараёни худди нормал туғишга ўхшаб кетади. Эрта абортда (16 ҳафтагача) деярли ҳамма вақт қон кетиб, қорин пастида оғриқ кузатилади. Фақат баъзи аёлларда оғриқ суст бўлади, қон кам кетади. Оғриққа асосан бачадон мускулларининг қисқариши ва бачадон бўйнининг очилиши сабаб бўлади.

Абортлар ҳомилани тушириш чораси кўрилган ёки кўрилмаганига қараб сунъий аборт ва беихтиёр (ўз-ўзидан) аборт деб бир-биридан фарқ қилинади.

Сунъий аборт аёлнинг ўз хоҳиши ёки мутахассислар кўрсатмасига кўра туғруқхоналарда ҳомилани врач ёрдамида олдиришдир. Беихтиёр аборт кечишига қараб 6 босқичга бўлинади:

1. Аборт хавфи (abortus imminens) — ҳомила бачадон деворидан кўчиши олдидан аёл қорин пастида оғриқ сезади ёки бачадондан бироз қон кетади. Бу икки белгидан оғриқ ва қон кетишидан бирортаси пайдо бўлиши аборт

хавфи бошланганидан дарак беради. Бундай аборт хавфи одатда даволаш натижасида йўқолади (оғриқ ёки қон кетиш тўхтайди), бу ҳомила тухумининг бачадон деворидан ажралиш жараёни тўхтаганидан далолат беради. Демак, ҳомилани сақлаш мумкин.

Қин орқали текширганда аборт ҳавфи бўлса, бунда бачадон бўйнининг шакли ўзгармаган ва очилмаган, лекин бироз таранглашгандек бўлади.

2. Бошланган аборт (abortus incipiens). Бу хилдаги аборт беихтиёр абортнинг иккинчи босқичи ҳисобланади. Бу қорин пастидаги оғриқ ва қон кетиши билан характерланади. Бу икки белги албатта бир вақтда ва бир оз кучлироқ бўлади. Қин орқали текширилганда, юқорида айтилган белгилар бўлиб, фақат бачадон бўйнининг ташқи тешиги бармоқ учи сиғадиган даражада очилиши ва бачадон таранглашишининг бироз кучайгани кузатилади. Бошланаётган абортда ҳам ҳомиладорликни сақлаб қолиш мумкин. Агар ҳомила бачадондан кўчиши натижасида ўлган бўлса, бошланган абортни тўхтатиб бўлмайди ва **абортнинг учинчи босқичига** ўтиб кетади. Абортнинг бу босқичида бачадон бўйни бироз текислашган, аммо деярли очилмаган бўлади.

3. Жадаллашган аборт (abortus progrediens). Бунда ҳомила тухуми бутунлай кўчиб, бачадон бўйин канали бармоқ сиғадиган даражада кенгайган бўлиб, бармоққа ҳомила пуфагининг бир қисми илинади. Жадаллашган абортда қон кўп ва лахта-лахта бўлиб кетади.

4. Abortus incompletus — **тўла бўлмаган аборт.** Бунда кўпинча ҳомила тухуми бутунлай чиқмай, унинг бачадон деворидан кўчмаган қисмлари қолади. Бундай абортда ҳам кучли қон кетиши мумкин. Қин орқали текширилганда бачадон бўйин канали бармоқ сиғадиган даражада кенгайган, бачадоннинг ўзи эса ҳомиладорликнинг муддатига қараганда кичик ва юмшоқ бўлади.

5. Abortus completus — **тўлиқ аборт.** Ҳомила тухуми бачадон деворидан тўлиқ кўчган бўлиб, у бачадондан бутунлай чиқади. Бунда ҳомила тухумининг ҳаммаси тушгани учун қон келиш тўхтайди, бачадон ҳомиладорлик муддатига нисбатан анча кичрайган бўлади. Бундан ташқари, агар қин орқали кўрилса, бачадоннинг қисқаргани

ва бачадон бўйин канали деярли бекила бошлагани кўринади.

6. **Ёпишган аборт** (Missed abortion). Ҳомиланинг она қорнида нобуд бўлганлигига, бачадоннинг ўсишдан тўхтаб, сўнгра тобора кичрайишига ва ҳомиладорликка хос бўлган белгиларнинг (кўнгил айнаши, қусиш ва бошқалар) йўқолишига қараб аниқланади. Бундан ташқари, сиққанда кўкрак безларидан оғиз сути ўрнига сут чиқади. Ҳомиладор аёл кўздан кечирилганда бачадоннинг ўсмай қолганлиги, унинг катталиги ҳомиладорлик муддатига тўғри келмай, борган сари кичиклаша бориши аниқланади.

Тўғри ташхис қўйиш учун ҳомиладорни бир марта кўриб қўя қолмай, 2—3 ҳафта кутиш ва биологик реакциялар (Цондек-Ашгейм, Галли-Майнини) дан фойдаланиш лозим. Агар бу реакциялар салбий бўлса, ҳомиланинг нобуд бўлганидан далолат беради. Реакция ҳомила нобуд бўлгандан сўнг 7—10 кун ўтгач салбий бўлади.

Инфекцияланган аборт. Абортда организмга инфекция кириши учун қулай шароитлар юзага келади. Масалан, бачадон бўйнининг очилиши, қиндаги микробларнинг бачадонга ўтиши, қон лахталари ва ҳомила бўлаклари эса микробларнинг яшаши ва кўпайиши учун қулай шароит ҳисобланади. Бундан ташқари, онадаги мавжуд инфекция (эндоген) ҳам абортнинг инфекцияланишига сабаб бўлиши мумкин.

Бачадон ичига кирган микроблар йўлдош майдончасидан қон томирлар орқали организмга ҳам тарқалади.

Инфекциянинг тарқалиш-тарқалмаслиги ҳомиладорнинг умумий ҳолатига, қаршилик кўрсатиш қобилиятига ҳам боғлиқ.

Инфекцияланган аборт микробларнинг тарқалишига қараб уч турга бўлинади.

1. **Иситма билан ўтадиган аборт.** Инфекцияланган абортларнинг 80% иситма билан ўтади. Бунда инфекция фақат ҳомилани ва унинг пардаларини зарарлайди, бачадон деворига ўтмайди. Шунинг учун қин орқали текширилганда бачадон оғриқсиз бўлади, фақат аёлнинг ҳарорати кўтарилади.

2. **Оғирлашган аборт.** Инфекциялашган абортнинг 15% оғирлашган бўлади (А. И. Петченко). Бунда инфекция ба-

чадонга, унинг найига, чаноқ клетчаткасига ўтиб тарқалади. Оғирлашган абортнинг белгилари: ҳароратнинг кўтарилиши, бачадон ва унинг найлари оғриқли бўлишидан иборат. Агар микроблар қон орқали она организмига тарқалса, аборт септик ҳолатга ўтади.

3. Септик аборт. Бунда организм микроб токсинлари билан заҳарлана бошлайди, ҳомиладорнинг умумий аҳволи оғирлашади, томир уриши ҳароратига мос келмай, тезлашади. Қонни текширганда СОЭ нинг тезлашгани, лейкоцитларнинг кўпайгани, эритроцит ва гемоглобиннинг камайганлиги аниқланади.

Криминал аборт (яширин). Бу аборт тиббиёт муассасаларида қилинмасдан, тиббиётдан хабарсиз ёки чаласавод кишилар томонидан қилинади.

Одатда, бундай абортдан кейин кўпинча: эндометрит, параметрит, тромбофлебит, сепсис, септикопиемия каби оғир ҳолатлар кузатилади. Бундан ташқари, кўп ҳолатларда аёл ўлими билан тугайди.

Бачадон шиллиқ қаватида ҳомила тухумининг жойланиши учун керакли шароит бўлиши лозим. Аммо унинг тараққий қилишини таъминлашда организмнинг аъзо ва системалари (модда алмашуви, эндокрин системалари ва б.лар) фаолияти ҳам катта аҳамиятга эга. Бундан ташқари, ҳомила тухумининг ўзидаги баъзи патологик ҳолатлар ҳам унинг тараққиётига путур етказади.

Бачадон децидуал пардасининг ҳомилани қабул қилиб олишга тайёр эмаслиги ва бачадон мускулларининг қўзғалувчанлиги ҳам ҳомиладорликнинг барвақт тўхтатишга сабаб бўлади.

Бундан ташқари, ҳомила тараққиётини таъминловчи прогестерон ва эстроген гормонларнинг ўзаро мувозанати ҳомиладорликнинг муддатига қараб нормал бўлиши катта аҳамиятга эга.

Беихтиёрий аборт (бола ташлаш). Ўткир инфекцион касалликлар (грипп, терлама ва бошқалар)нинг микроб токсинлари ҳомилага ўтиб, уни нобуд қилади ёки бемор ҳароратининг кўтарилиши натижасида бачадон вақтдан илгари қисқаради. Бу ҳолат аборт бўлишига сабаб бўлади.

Сурункали инфекцион касалликлар (бруцеллёз, захм, токсоплазмоз, безгак ва бошқалар)да интоксикация са-

бабли ворсинкалар томири атрофиялашиб, ҳатто баъзан йўқ бўлиб кетади. Натижада бу ҳам ҳомиланинг вақтдан илгари тушишига сабаб бўлади. Қон системаларининг, чунончи, она билан ҳомила қонининг резус жиҳатдан бир-бирига тўғри келмаслиги ҳам иммунизация натижасида ҳомиланинг ўлиб тушишига сабаб бўлади (она қонида резус-фактор салбий, ҳомилада эса ижобий бўлса).

Юрак ва буйракнинг оғир касалликлари (юрак пороки, нефрит ва бошқалар) ҳам ҳомила тушишига сабаб бўлиши мумкин. Шунингдек овқат моддаларида витаминларнинг (А, В, С, Е ва бошқаларнинг) етарли бўлмаслиги ҳам ҳомиланинг нобуд бўлишида маълум аҳамиятга эга.

Листериоз, токсоплазмоз ва орнитоз каби касалликлар ҳам ҳомиладорликнинг барвақт тўхташига сабаб бўлади. Баъзи олимларнинг айтишича, трихомониоз касаллиги, вирусли инфекциялар ҳам абортга сабаб бўлиши мумкин.

Кўпинча биринчи маротаба ҳомиладор бўлган аёллар орасида аборт хавфи кўпроқ кузатилади. Бунинг асосий сабаблари — инфантилизм ва нейро-эндокрин система фаолиятининг бузилишидир.

Инфантилизмнинг оғир ҳолатлари наслсизликка сабаб бўлади. Ҳомила билан онанинг изосерологик мос келмаслиги, хромосома аппаратининг аномалияси, ҳомиладорликдаги токсикозлар, турли заҳарловчи кимёвий моддалар, организмнинг бензин, алкогол, никотинлар билан заҳарланиши ҳам ҳомиладорликнинг барвақт тўхтатишга сабаб бўлади. Илмий адабиётларда (Г. С. Мучиев, О. Г. Фролова, С. Д. Булненко ва б.лар) ёзилишича, ҳомиланинг вақтдан илгари тўхташининг сабаблари 12% дан 41,5% гача аниқ эмас. И. З. Зокиров, Ф. Ю. Гариб ва бошқа 1989) лар Т, В ва "Нуль" лимфоцитлар системасини текшириб, қуйидаги ҳолатни аниқлашган. Ҳомиладор бўлмаган аёл қонида 51% дан 73% гача Т лимфоцитлар (ўртача 61,1±1,2) айланиб юради. Ҳомиладорларда ҳомиладорликнинг иккинчи уч ойлигида Т лимфоцитлар камроқ, учинчи уч ойлигида лимфоцитопения (49,7±0,8 гача) ҳолати кузатилади.

Демак, мураккаб ҳомиладорликда Т лимфоцитлар астасекин камая бориб, ниҳоят ҳомиладорликнинг охирида генетик жиҳатдан она билан ҳомиланинг антигенларини

мос келмаслиги натижасида унинг вақтдан илгари туғилиш ҳолати кузатилади. Муаллифлар трансплантатнинг кўчиши асосан Т лимфоцит системасига боғлиқдир деб фикр юритадилар. Сўнгги йилларда она-йўлдош-ҳомила системасида иммунологик бузилиш ҳолати кўп кузатилмоқда. Бир қатор ҳолатларда йўлдошдаги иммуно-депрессив омилларнинг камайиши натижасида фетоплацентар комплекснинг ўз ўрнидан кўчиши натижасида ҳомиладорликнинг олдин тўхташи ҳақида фикр юритадилар.

В. Н. Серов ва бошқалар (1989)нинг фикрича, баъзи аёлларда хромосома ҳолатининг бузилиши 6—10 ҳафтали ҳомиладорликда 45%, 20 ҳафталигида 20% учрайди.

И. З. Зокиров. Ф. Ю. Гарибларнинг фикрича, ҳомиладорликнинг физиологик кечишида В лимфоцитлар астасекин камая боради. Одат тусига кириб қолган абортда В лимфоцитлар миқдори соғлом ҳомиладорлар билан бир хил бўлиб, ҳомиланинг 11—13-ҳафталигида (20,1±0,7), 20—27 ҳафталарда камайиб (14,8±17,2) кетади. Муаллифларнинг фикрича, В система лимфоцитлари фаоллигининг ортиши ҳомила тухумининг бачадон деворидан барвақт кўчишига, уларнинг функционал фаоллигини камайиши ҳомиладорликнинг кечишига таъсир қилади.

Ҳомиладорликнинг нормал кечишида иммунитетнинг гуморал ҳалқаси ҳам бир қатор ўзгаришларга учрайди. И. З. Зокиров ва Ф. Ю. Гариблар аборт хавфи бўлиб, ҳомила тухуми бачадон деворидан ажрала бошлаганда антиплацентар антителонинг юқори титрда бўлишини ва бу билан ҳомиладорликнинг барвақт тўхташида уларнинг патогенетик аҳамиятга эга эканлигини ёзадилар.

Жинсий аъзо касалликлари, хусусан бачадон найчалари ва чаноқ клетчаткаларининг ўткир яллиғланиши, бачадоннинг нотўғри тараққий қилган бўлиши ҳомиланинг барвақт туғилишига сабаб бўлади. Бунда бачадон бўшлиғи жуда кичкина, мускул қавати заиф бўлади ва у етарли даражада чўзилмайди. Ҳомиланинг бачадон деворига яхши пайвандланмаслиги ҳам ҳомиланинг барвақт туғилишига сабаб бўлади.

Бачадон орқага қайрилган бўлиб ҳомиладорликда ўса бориши ва маълум муддат ўтгач чаноқ ичидан кўтарилиб чиқиши мумкин бўлмай, чаноқ ичида сиқилиб қолиши ҳам ҳомиланинг эрта муддатда аборт бўлишига сабаб бўлади.

Яна асосий сабаблардан бири — бачадон бўйни нуқсонларидир. Бунда бачадон бўйнининг ҳомилани тутиб туриш қобилияти бўлмайди. Бу ҳолат туғма ёки илгариги туғруқда бачадон бўйнининг итарилиши натижасида бўлади.

Булардан ташқари, ҳомиладорлик вақтида йиқилиш, оғир юк кўтариш, турли шикастланишлар, жинсий алоқа вақтидаги қўполлик ёки ихтиёрсиз бачадонни массаж қилиш ва бошқалар ҳам баъзан ҳомиланинг барвақт тўхташига сабаб бўлади. Аммо бунда ҳам аёл организмида бирор етишмовчилик бўлиши мумкин.

XXII БОБ

ТУҒРУҚ ДАРДИНИНГ НУҚСОНЛАРИ (АНОМАЛИЯЛАРИ)

Туғуруқнинг нормал ўтиши кўпинча тўғри мунтазам дард тутишга ва кучига боғлиқдир. Агар дард тутиши суст бўлса, туғруқ узоққа чўзилиши ёки баъзан тўхтаб қолиши мумкин: дард тутиш паузаси (оралиғи) чўзилганда ҳомила кўпинча бўғилиб қолиши (асфиксия) ва баъзан нобуд бўлиши ҳам мумкин. Бундан ташқари, туғиш йўлларига микроблар тушиши натижасида (айниқса қоғоноқ суви кетиб қолган бўлса) бачадон шиллиқ пардасининг яллиғланиши (эндометрит) ва ҳомила зарарланиши мумкин. Бундай аёлларда чилла даврида ҳар хил инфекцион касалликлар учрайди.

Маълумки, туғруқ дардининг нормал ҳолати бачадон мускулларининг қисқариши, дарднинг аста-секин кучайиб тезлашиши натижасида бачадон бўйнининг очилиши ва ҳомиланинг олдинда келувчи қисмининг туғруқ йўли бўйича сурилиши билан ифодаланади. Олдинда келувчи қисм 4—6 соат давомида туғруқ йўли бўйича сурилади.

Туғруқнинг иккинчи даврида бачадон мушаклари қисқариши билан бирга тана скелетининг мускуллари ҳам қисқаради. Бачадон бўйни очила бориши билан ҳомила боши ҳам туғруқ йўли бўйича силжиши давом этади. Маълумки, биринчи марта туғаётган аёлларда туғруқ 16—18 соат, такрор туғаётганларда 12—14 соат давом этади.

Чунки биринчи марта туғувчиларга бачадон бўйнининг текисланишига 4—6 соат кетади. Қайта туғувчиларда бачадон бўйнининг ички ва ташқи бўғизи бир вақтда очилади. Туғруқ нормал кечганда бачадон бир хил тартибда қисқаради. Бачадон қисқариши 20—60 секунд давом этиб, туғруқ бошланишида ҳар бир қисқариш оралиғи (пауза) 10—20 минут бўлади, туғруқнинг II даврида бу қисқариш 1 минутдан 1—2 минутгача бўлиб қолади.

(Туғруқнинг физиологик кечиши олдинги бобларда айтиб ўтилган).

Биринчи туғувчиларда туғруқнинг III даври 1—2 соат, қайта туғувчиларда 15—10 минут давом этади.

Туғруқ дардининг нуқсонлари:

1) дарднинг суст бўлиши;

2) жуда кучли бўлиши;

3) туғруқ дарди ритмининг бузилиши;

4) бачадон мускулларининг тўлқинга ўхшаб қисқариши (сегментли қисқариш);

5) бачадон мускуллари симметрик қисқаришининг бузилиши.

Туғруқда кучаниқ: а) суст бўлиши; б) кучли бўлиши; в) кучаниқнинг кечикиб бошланиши; г) кучаниқнинг барвақт бошланиши билан кечиши мумкин.

И. И. Яковлевнинг фикрича, туғруқда энг аҳамиятли кўрсаттич: бачадоннинг таъсирланиб, қўзғалиш ҳолати ва унинг тонусидир.

Бачадон тонуси унинг туғруққа тайёрланган ҳолатини ифода этади. Акушер бачадон тонусини қўли ва аппаратлар (аппаратлардан турли конструкциядаги гистрографлар, электрофотометрия ва бошқалар) ёрдамида аниқлаши мумкин.

Умуман бачадон мускулларининг қисқариши 3 гуруҳга: нормотонус, гипотонус ва гипертонусларга бўлинади.

ТУҒРУҚ ДАРДИНИНГ СУСТ БЎЛИШИ (DOLORES GEBILLIS GELILITOS VARUM PARTURIENTINUM)

Туғруқ дардининг суст бўлиши кўп кузатилади. Бу ҳолат кўпинча туғруқ дардини сақлаб турувчи ва тартибга солувчи импульсларнинг етишмовчилигидан вужудга кела-

ди. И. И. Яковлев буни нерв системаси фаолиятининг бузилиши билан боғлайди. Бунда нерв системасининг турли бўлимлари (бош мия пўстлоғидан тортиб, то бачадоннинг рецептор аппаратигача)нинг фаолияти издан чиқади деб ҳисоблайди. Туғруқ дарди суст бўлганда бачадон мускуллари етарли даражада қисқара олмайди.

ТУҒРУҚ ДАРДИНИНГ БИРЛАМЧИ СУСТЛИГИ (DOLORIS DOBILIS PRIMRIAE)

У туғруқнинг бошланишида вужудга келиб, бачадон бўйни очилиш даври ёки туғруқ жараёнининг охиригача давом этиши мумкин.

И. И. Яковлев ва А. С. Толстихлар фикрича туғруқ дардининг бирламчи сустлиги 66,02—66,7% (барча туғруқ аномалиялари жумласидан) ташкил қилади. Туғруқнинг бирламчи сустлигига жинсий аъзолар, умуман организмнинг етарли ривожланмаганлиги (инфантилизм) сабаб бўлиши мумкин. Жумладан, бачадон мускуллари яхши ривожланмаганлиги сабабли, етарлича қисқара олмайди, натижада дард тутиши суст бўлади. Бачадон мускуллари жуда чўзилиб кенгайиб, юпқалашиб қолганда ҳам унинг қисқариш қобилияти пасаяди ва бу туғруқ дардининг суст бўлишига сабаб бўлади. Бундай ҳолат кўпинча қўш ҳомилали, кўп сувли ҳомиладорликда рўй беради.

Шунингдек, бачадонда миома ўсмаларининг бўлиши, биринчи марта туғаётган, катта ёшдаги, балоғатга етмаган, 30 ёшдан ошган аёлларда туғруқ дардининг сустлиги кўпроқ учраши кузатилади.

Авитаминоз, оғир касалликдан сўнг қувватсиз бўлиб қолган аёлларда ҳамда заҳарланиш (интоксикация) да ҳам дарднинг бирламчи сустлигини кузатиш мумкин.

Бундан ташқари, гестоз билан оғриган аёллар узоқ муддат даволанганда катта дозада магний сульфат эритмасидан ва кўп миқдорда морфин, скополамин, промидол ҳамда бошқа тинчлантирувчи дориларни қабул қилиши ҳам туғруқ дардига салбий таъсир кўрсатади.

Клиник кўриниши. Туғруқ дарди турлича бўлиб, бачадоннинг қисқариш хусусиятига боғлиқдир. Бунда дард суст, бир-бир тутиб ва узоқ давом этмаслиги мумкин.

Бошқа ҳолларда туғруқ дарди етарли кучга эга бўлиб, аммо тез-тез қайталаниши, қисқа давом этиши мумкин. Туғруқ дардининг бу хилдаги аномалияси, яъни узоқ муддат давом этиши, баъзан вақт-вақт билан нормал ҳолатни олиши мумкин. А. П. Петченконинг фикрича, дарднинг тез-тез ва етарли давом этиши, анча суст бўлганига қараганда туғруқнинг нормал кечишини таъминлай олмайди. Бунда бачадон бўйнининг очилиши секин бўлади.

Онда-сонда, аммо кучли дард бўлса ва у узоқ давом этса, туғруқ жараёни нормал кечиши мумкин. Бунда дард оралиғидаги дам олиш (пауза) туғруқнинг физиологик кечишига имкон беради.

Туғруқ дардининг бутунлай бўлмай қолиши оғир патологик ҳолатларга сабаб бўлади. Туғруқ дардининг бирламчи сустлигида туғруқ жараёни узоқ давом этади. Кўп ҳолларда дард бошланиши билан қоғоноқ суви кетиб қолиши мумкин. Бунда ҳомила бошининг узоқ вақт давомида чаноқнинг бир сатҳида туриб қолиши кўп кузатилади. Эрта чилла даврида қон кетиши, плацента ва ҳомила пардаларининг бачадондан тўла ажралмай қолиши, бачадон атония ёки гипотониясига сабаб бўлиши мумкин. Ҳомила кўндаланг ётганда, думбаси билан келганда ва плацента олдин келганда ҳам дард тутишнинг бирламчи сустлиги рўй беради. Чунки ҳомиланинг олдинда келувчи қисми плацента туфайли чаноқнинг кириш қисмига суқила олмайди, бунинг натижасида бачадон бўйнидаги нерв чигаллари яхши таъсирланмайди ва бачадон қисқариши суст бўлади.

Қоғоноқ ёрилмай туриб туғруқнинг узоққа чўзилиши унчалик хавфли эмас, бу ҳолат онага ҳам, ҳомилага ҳам унчалик зарар етказмайди. Аммо қоғоноқ ёрилгандан кейин (барвақт ёки эрта) аҳвол ўзгаради, туғруқ чўзилиши, туғруқ йўлларидан бачадонга инфекция тушиши ҳомиланинг ҳалокатга учраш хавфи туғилади.

Бачадон мускулларининг қисқариш қобилиятининг бузилиш сабаблари турлича бўлиб, ҳозиргача аниқ бир хулоса чиқарилмаган.

Силлиқ мускулларнинг қисқариш қобилияти кўндаланг мускулларга ўхшаб кетади. Аммо улар ихтиёрсиз ҳара-

кат қилади. Одатда, туғруқ бошланганда бачадон мускуллари бачадон қисқаришини таъминловчи оқсилларга бой бўлади.

Бачадонни қисқартирувчи оқсиллар концентрацияси эстрогенлар таъсирига боғлиқ бўлади. Эстрогенлар етишмаган ҳолда бу хилдаги оқсиллар ҳам кам бўлади, серотонин ва катехоламинлар ҳам дарднинг кучайишида иштирок этади. Бачадоннинг ишлаш қобилияти унинг энергетик қобилиятига ҳам боғлиқдир. Маълумки, мускулларнинг қисқариш кучи 70—80% ҳолларда кўмир ачими парчаланишига боғлиқ.

Я. Н. Жмакин ва бошқаларнинг фикрича, прелименар ҳолдаги дард тутиш ҳолати кузатилган аёлларнинг кўпчилигида дарднинг бирламчи систлиги кузатилган.

Кўмир ачимининг энергетик парчаланиши гликолиз ва кислотали реакция натижасида юзага келади. Кўмир ачими гликолизи кислород иштирокисиз сув ва сут кислотага парчаланади. Умуман гликолиз жараёни ҳомиладорликда кучаяди. Дастлаб бачадон фаолиятининг суст бўлиши ва вақти-вақти билан қисқариши яхши натижа бермайди, аммо бунда концентрацияси етарли бўлади. Углекислота аденозин трифосфат кислота (А.Т.Ф.)нинг 2 та молекуласини беради. Бу молекулалар асосий энергетик бирикма бўлиб, глюкоза молекуласига айланган бўлади. Бу реакция жараёни 36 АТФ га тенг келадиган энергияни беради (Н. С. Бакшеев). Туғруқ жараёни бошланишида ва унинг физиологик кечишида бачадон мускулларида кислотали реакция жараёни яна кучаяди. Гликолиз жараёни ҳам бачадон мускулларида энергиянинг кучайишига қисман таъсир қилади.

Агар туғруқ чўзилиб кетса, унда бачадон мускулларида кислород камайиб, кўмир ачимининг парчаланиш реакцияси издан чиқади.

Бачадон мускуллари томонидан кислороднинг ишлатилиши ва органик бўлмаган фосфорнинг бирикиши бир-бири билан бир хил мувозанатда бўлади.

Шу сабабли, бу жараён кислотали фосфорланиш деб аталади ва ҳужайралардаги асосий модда алмашинуви ҳисобланади.

Туғруқ дардининг бирламчи систлиги деб ташхис қўйгач бу систликнинг вужудга келишига сабаб бўлган ҳолатларни синчиклаб ўрганиш керак бўлади.

Биринчи галда аёлнинг кучини сақлашга ҳаракат қилиш, бунинг учун унга дам бериш, тинчлантириш ва етарли калорияли овқатлар бериш лозим бўлади. Агар қоғоноқ суви кетмаган бўлса, у 6—7 соат ухлаши керак. Бунинг учун 1 мл 1% промедолни, 10 мл 25% ли сульфат магний, ГОМК ва промедол магний сульфат билан биргаликда, ёки 0,2% ли 1 мл леморон ва бошқалардан фойдаланилади.

Туғруқ дардини кучлантириш мақсадида дардни кучайтирувчи омиллардан эрта ва шошқолоқли билан фойдаланиш салбий таъсир кўрсатиши, умуман туғруқ дардининг издан чиқишига сабаб бўлиши мумкин.

Кўп сув ва кўп ҳомилали ҳомиладорликда туғруқ дардининг суст бўлиши мумкинлигини айтиб ўтган эдик. Бунда айниқса кўп сувлик ҳомиладорликда бачадон бўйни 2—3 бармоқ ҳажмида очиқ бўлса, қоғоноқни тешиб (игна билан), қоғоноқ сувини аста чиқазилади, натижада бачадон ҳажми анча кичиклашади, унинг мускуллар тонуси яхшиланади.

Кўп ҳолатларда туғруқ дардининг бирламчи систлигида ҳомила олди суви барвақт ёки эрта кетиб қолади, бундай ҳолларда дарҳол туғруқ дардини кучайтириш омилларидан фойдаланилмаса, туғруқ дарди кучаймайди. Кўп ҳолларда қоғоноқ суви кетгандан кейин 1—2 соат ўтгач, дард бошланиб туғруқ нормал кечиши мумкин (Л. С. Персианинов). Баъзи ҳолларда ҳомиладор аёлни ҳомилани позицияси билан бир хил томонга ётқизилса, ҳомиланинг йирик қисмлари (боши, орқаси) бачадоннинг механо-барорецепторларига таъсир этиб, туғруқ дарди кучайиши вужудга келади (Г. Г. Гентер). Бир қатор муаллифлар (П. Г. Шушания, Робинсон ва бошқалар) эстроген фонидан (аёлда туғруқ дардини қўзғатиш учун эстроген препаратларидан укол қилиш) фойдаланиш салбий таъсир кўрсатади десалар, бошқа бир қатор муаллифлар "эстроген фони"дан фойдаланиш лозим деб, уларнинг фикри-

ча, фолликулин бачадонни қисқартирувчи моддаларга нисбатан яхши сенсибилизатор ҳисобланади деб уқтирадилар.

Л. В. Тимошенко эстрогенларни юборишдан ташқари кунига 2 маҳал 40% ли глюкозадан 20 мл, 10% кальций хлордан 10 мл ва 5% ли аскорбин кислотадан 5 мл юборишни тавсия этади.

Р. А. Шуб С ва B_1 витаминлардан фойдаланишни тавсия қилиб, бу хилдаги витаминлар ҳам бачадонни қисқартирувчи препаратларга нисбатан сезгирлигини оширади деб таъкидлайди.

В. Н. Хмелевский венага 40%—50 мл глюкоза ва 10 мл 10% ли хлорид кальций юборишни тавсия қилади. Бу омилнинг бачадон қисқаришини кучайтирувчи физиологик стимулятори деб талқин этади.

Хинин холинэстеразанинг фаоллигини йўқотиб, ацетилхолинни парчаланишдан сақлайди, бачадоннинг қисқариш хусусиятини таъминлайди.

Электроанальгезиядан ҳам фойдаланиш мумкин. Етарлича калорияли овқат ва витаминлар истеъмол қилиш керак.

Бачадоннинг қисқаришини кучайтириш учун окситоциндан ҳам фойдаланиш мумкин. Бунинг учун 1 мл (5—10 сичқон бирлиги) окситоцинни ош тузининг изотоник эритмасига аралаштириб, венага томчилаб юбориб (бир минутда 8 томчи), кейин аста ошириб борилиб, 20—40 томчига етказилади. Окситоциндан фойдаланишдан олдин аёл бачадонининг окситоцинга бўлган сезгирлигини текшириб кўриш керак бўлади. Бунинг учун окситоцин олдин 5—7 томчидан юборилади, аёл аҳволи ўзгармаса (агар 10—15 минут давомида патологик ҳолат кузатилмаса) препарат юборишни давом эттириш ва аста-секин дозасини ошириб бориш зарур.

Бачадон мускулларининг қисқариш хусусиятини ошириш учун серотониндан ҳам фойдаланилади, уни ош тузининг изотоник эритмаси ёки 5% ли глюкоза (400 мл) билан биргаликда бир минутад 15—20—25 томчидан венага юборилади.

Эстроген препаратларидан эстрадиол дипропионат анча фаол препаратлардан ҳисобланади. Унинг мойли эритмаси яхши шимилиши учун эфир билан (1 мл пре-

паратни 0,5 мл эфирга аралаштириб) юборилади. Венага кальций (кальций хлорид ёки глюконат кальций) эритмалари юборилади. Яхшиси, аёл қонида эстроген концентрацияси етарли бўлмаганда юбориш мақсадга муофиқдир (эстроген юборгандан сўнг 1—1,5 соат ўтгач, венага 20—40 мл дан 40% ли глюкоза юборилади). Глюкоза билан 250—300 мл аскорбинат кислота ва 1 мл 3% ли тиаминнинг бромли эритмасидан тери остига юборилади. Галаскорбинни 1 г дан кунига 3 марта юбориш ҳам мумкин. Метаболитик ацидозни даволашда натрий бикарбонатнинг 5—7% ли эритмасидан 50—100 мл дан томчи сифатида венага юборилади. Аёлдаги эмоционал ҳолатни нормаллаштириш учун метропамдан 400—800 мг ни кунига 1—2 марта, траксазиндан 300—400 мг юборилади. Аминазиндан 25—30 мг ни (бир мартадагиси 25 мг дан ошмаслиги керак) ичишга берилади (аёлда гипотония бўлса, бу препарат ман этилади).

Дарднинг бирламчи сустлигини даволашда яна бир қатор схемалар бўлиб, улар қуйидагилардан иборат.

Е. М. Курдиновский — Штейн усулида: 30 мл канакунжут мойидан ичирилади, 2 соатдан кейин ҳуқна қилинади. Ҳар 30 минутда 0,15, 0,2 г дан хинин ичирилади ва ҳар 30 минутда ҳаммаси бўлиб 5 марта 0,25 мл дан питуитрин ёки окситоцин (5 бирликда) юборилади. Демак, хинин билан оситоцин ёки питуитринни ҳар ярим соатда галма-галдан берилади.

А. П. Николаев усулида канакунжут мойидан 50—60 мл ичирилади. 1 соатдан кейин ҳар 30 минутда ҳаммаси бўлиб 5 марта 0,2 г дан хинин берилади. Хинин охирги марта ичирилгандан кейин ҳуқна қилинади.

Венага 50 мл 40% ли глюкоза ва 10 мл 10% ли хлорид кальций юборилади.

Витамин B_1 дан 60 мл мускул орасига юборилади.

А. И. Петченко усулида психопрофилактикадан ҳам фойдаланилади. Мускул орасига 4000—5000 бирликда фалликулин ёки 4—5 мл 0,1% ли синестрол юборилади, шу билан бирга 50 мл канкунжут мойи ичирилади. Синестрол юборилгандан кейин орадан 2—4 соат ўтгач ҳар 45 минутда 4—5 марта 0,15—0,2 г дан хинин бери-

лади ёки ҳар 45 минутда 4 марта 0,03—0,05 г дан акрихинли ҳуқна қилинади (бу усулдан деярли фойдаланилмайди), тери остига ҳар 45 минутда 0,25 мл питуитрин юбориб турилади. Венага тегишли миқдорда глюкоза юборилади (қанд концентрациясини текшириш лозим). Дард тута бошлаши билан Синигирев-Гед зонасига 1—2 мл 0,1% ли прозерин билан 100—200 г 5% ли глюкоза юбориш ҳам мумкин. Пахикарпин ва хинин билан даволаш усулида канакунжут мойи, бир соатдан кейин 0,15 г хинин, ҳар 30 минутда мускуллар орасига 3 мл дан 3% ли пахикарпин, кейин 0,5 г хинин берилади. Қоғоноқ суви вақтидан олдин кетганда туғиш дардининг бирламчи сустлигини даволашда бачадонни сенсибилизация қилиш учун аввало эстроген, кейин 10 мл 10% ли кальций глюконат эритмаси ва 40—60 минутдан кейин қайтадан кальций юборилади. Ҳар 6—7 соатда кунига 3 маҳал галаскорбин, витамин B_1, B_2, B_3, B_6, B_{12} лардан тайинланади.

Тери остига томчи ҳолида ёки венага глюкоза билан биргаликда окситоцин юборилади, 30 мг серотонин, 5% глюкоза эритмаси ёки ош тузининг изотоник эритмаси (эстроген юборилгандан 3—5 соат ўтгач) венага томчи ҳолида юборилади. Шу билан бирга 40 мл 40% ли глюкоза эритмаси юборилади. Аёлнинг эмоционал ҳолатини ростлаш учун триоксазин, мепратан, аминозин каби дорилар ишлатилади. Бунда кунига 2—3 маҳал промедолнинг 1% ли эритмаси 1 мл юборилиб турилади. Бу туғруқ дардини кучайтириш учун кунига 2 маҳал қўлланса, туғруқ дардининг сустлашишига сабаб бўлиши мумкин.

Баъзи ҳолларда туғруқнинг бирламчи сустлигига қоғоноқ пардасининг қалин ва қаттиқ бўлиши, ўз вақтида йиртилмаслиги ҳам сабаб бўлади.

Бачадон бўйнининг хаддан ташқари олдинга эгилган бўлиши, ҳомиланинг олдинда келувчи қисмининг туғруқ йўллари бўйлаб силжишига тўсқинлик қилади, натижада туғруқ жараёнининг маълум вақтида дард сустлашади ёки тўхтаб қолади. Яллиғланиш натижасида вужудга келган чандиқлар ҳам бачадон бўйнининг очилишини қийинлаштиради.

Туғруқни оғриқсизлантириш мақсадида баъзи бир препаратларни ўринсиз ёки меёридан ортиқ ишлатиш ҳам бачадоннинг қўзғалиш хусусиятини ва қисқаришини сустлаштиради. Туғруқ дардини кучайтириш мақсадида хининни кўп буюриш ҳам туғруқ дардига путур етказади. Туғруқ дардининг иккиламчи сустлиги узоқ давом этганда, аммо натижа бўлмаса, бош миянинг пўстлоқ ости қисми фаолияти издан чиқади, натижада бачадоннинг нерв мускул аппаратининг фаолияти сустлашади. А. П. Николаевнинг фикрича, бачадон узоқ ва натижасиз қисқарганда марказий нерв системасига жуда тез таъсир кўрсатиши натижасида дард сустлиги вужудга келади. Чунки бачадон бу рефлексларга жавобан нерв-мускул аппарати рефлектор равишда бачадон мускуллари қисқаришини кучайтиради, мускуллар тонусини ҳаддан ташқари ошиб кетиши аъзо блокадасига сабаб бўлиб дард сустлашади (А. П. Николаев).

Импульсларнинг кучли ва жуда тез таъсир кўрсатиши натижасида ацитилхолин кўпайиб кетади, натижада дард сустлиги вужудга келади.

Бу фикрни Л. С. Персианинов ҳам (1949) тасдиқлайди. Унинг олиб борган текшириш натижалари бўйича ацитилхолин бачадонни бўшашмасдан узоқ вақт қисқаришига ва унинг концентрациясининг ошиши дарднинг сусайишига сабаб бўлади. Туғруқ нормал кечганда қонда маълум миқдорда ацетилхолин бўлиб, бу бачадоннинг қисқаришини таъминлайди, ацитилхолиннинг холинэстеразага парчаланиши бачадоннинг қисқаришини пасайтиради, шу йўсинда ацитилхолиннинг янги порцияси яна бачадон қисқаришини таъминлайди, агар ацитилхолиннинг янги порцияси кам ёки бўлмаса, ёки холинэстеразага парчаланиш хусусияти бузилса, бачадон мускулларининг қисқариши сусаяди (Л. С. Персианинов).

Туғруқ дардининг иккиламчи сустлигида туғруқ жараёни узоқ давом этади (айниқса II даврда кўпинча қоғоноқ суви кетиб бўлгандан кейин).

Бачадоннинг қисқариши бошлаб тўғри, нормал ҳолатда ва кучли кечганидан кейин аста-секин сустлаша боради.

ТУҒРУҚ ДАРДИНИНГ ИККИЛАМЧИ СУСТЛИГИ (DOLORIS DIBILIS SECUNDARIAE)

Узоқ давом этган туғуруқ дардидан кейин дард сустланиб қолиши иккиламчи сустлик деб ҳисобланади. Бу ҳолат асосан туғруқ жараёнининг иккиламчи даврида юз беради. Бундай ҳодиса туғруқ чўзилиб кетганда, ҳомила боши билан чаноқ ўлчамлари бир-бирига мос келмаганда (ҳомила боши катта ёки чаноқ тор бўлганда) шунингдек, ҳомила боши чаноқнинг кириш қисмига нотўғри жойлашганда юз беради. Ҳомиланинг бош суяклари қаттиқ, бачадон бўйнининг очилиши қийин ва қоғоноқ пардалари қалин бўлиши ҳам дарднинг аввал кучли бўлиб, сўнгра аста-секин сустлашига сабаб бўлади.

Туғиш фаолиятининг иккиламчи сустлигида ҳомиланинг туғруқ дарди секинлашади, хатто тўхтаб қолади. Бунга бачадон бўйнининг тиришиб (спазма) қолиши, баъзан қиннинг стенози (чандиқ ва ўсмалар туфайли тор бўлиши) чаноқ соҳасидаги ўсмалар, суяк дўмбоғлари ва бачадон бўйнининг тиришиши сабаб бўлиши мумкин.

А. П. Николаевнинг фикрича, бачадон узоқ ва натижасиз қисқаришида нерв импульслари жуда кучли ва тез-тез марказий нерв системасига таъсир кўрсатади, натижада бачадон қисқариши янада кучаяди ва тонуси ошади, аъзо блокадага учрайди, ниҳоят, унинг иккиламчи сустлиги вужудга келади.

Бачадоннинг нерв ва мускул аппарати блокадада бўлгани учун қитиқлашга ортиқ реакция бермайди, унинг тонуси камаяди, дард сустлашади, баъзан ҳатто бутунлай тўхтайди.

Тез-тез ва кучли нерв импульслари таъсирида бачадон нерв-мускул аппаратига салбий таъсир кўрсатувчи ацетилхолин кўп ажралади.

А. С. Персианинов ўз текширишларида туғруқ дардининг даврий равишда қисқариши, кучланиши ёки сустлашиши, бачадоннинг тетаник равишда қисқариши ацитилхолин концентрациясига боғлиқлигини исботлайди.

Туғруқ нормал кечганда қонда маълум миқдорда ацитилхолинни бўлиши бачадон мускулларини қисқартирса, унинг холин эстеразага парчаланиши дарднинг сустланишига сабаб бўлади.

Н. С. Бакшеев туғруқ дардининг кучли суст бўлиш ҳолати серотонин ва кетохоламин концентрациясига боғлиқ деб фикр юритади.

Туғруқ дардининг иккиламчи сустлигининг клиник кечиши. Бунда туғруқ дарди узоқ чўзилади, бу чўзилиш асосан туғруқнинг II даври ҳисобига бўлади. Аввал бачадоннинг нормал қисқариши аста-секин сустлаша боради. Амплитудаси суст ва қисқа бўлади. Дард оралиғи узая боради. Ҳомиланинг туғруқ канали бўйича сурилиши сустлашади, ҳатто баъзан тўхтаб ҳам қолади ёки II даврнинг бошида туғруққа ёрдам бериш учун лозим шароит бўлмаса, дард сустлашган бўлса, унда туғаётган аёлни дам олдириш керак бўлади. Бунинг учун натрий оксибутират тузи ва стероид гормонлардан ҳамда қисқа муддатли наркоздан ҳам фойдаланиш мумкин. Бу ҳилдаги наркоз чарчаган аёлларга бачадон бўйни текисланиб, камида 2—8 см очилганда берилади. Наркоздан аввал 2% ли промедолдан 1 мл (жуда чарчаган аёлларга) ёки 1% ли дипразиндан 1 мл (пипольфен) ва 1% ли димедролдан 1 мл (унча чарчамаган аёлларга) мускул орасига инъекция қилинади.

Инъекциядан сўнг 15—20 минут ўтгач, агар қон босими нормал бўлса, натрий оксибутират, гипертония бўлса, препон эритмаси юборилмайди.

Натрий оксибутират венага 5—10 минут давомида (20% ли эритмаси 20 мл) 5% глюкоза билан бирга юборилади. Препарат юборилгандан кейин 3—8 минут ўтгач аёл қимирламай ухлайди. Уйқу вақтида ҳам дард давом этаверади. Бу препаратларнинг ҳомилага таъсири тасдиқланмаган. Наркоз ўртача 2—2,5 соат давом этади.

Бундан ташқари, аёлга кислород билан бирга наркоз аппарати орқали эфир ҳам берилиши ва ГОМКдан фойдаланиш мумкин (В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин). Бачадон бўйни туғишга тайёр бўлмаса бунда унинг орқа лабига эстрадиол дипропионат (0,1% ли)дан 2 мл ни 0,5 мл эфир билан бирга юборилади. 40% ли глюкозадан 20 мл ва 10% ли кальций глюконатдан 10 мл ва 5% ли аскорбинат кислотадан 10 мл ни 2 маҳал венага юборишни тавсия этилади. Агар бу ҳам натижа бермаса 1—2 соатдан кейин аёлга гипотоцин (питуитрин М — 0,15 граммдан)

ҳар 30 минутда 6 соат давомида юборилади, ҳамда кислород ҳидлатилади (ҳар 30 минутда 5 литр).

Юборилган препаратлар яхши ёрдам бериши учун аденозинтрифосфат кислота (АТФ) ва лидазадан укол қилинади.

Глюкоза билан бир вақтда (1% ли эритмаси) 1 мл АТФ қўлланилади. Лидаза эса навокаин билан биргаликда (64 бирликни 0,25% ли 50 мл новокаинга аралаштириб) юборилади. Лидазани туғруқнинг II даврида қўллаш мақсадга мувофиқдир. Бунда лидазани 64—128 бирликда 0,5% ли новокаинда эритиб чотга укол қилинади.

В. И. Бодяжина ва К. Н. Жмакинларнинг таъкидлашича, окситоцин ўз таъсири билан гипофизнинг орқа бўлагида ажраладиган питиутрин Р ва М га ўхшаш. 1 мл 5% ли окситоцинни (5 бирлик) 500 мл глюкозага аралаштириб томчи сифатида юборилади (дастлаб 6—8 томчи), томчиларни аста-секин кўпайтириб борилади (бир минутда 40 томчидан ошмаслиги керак).

Окситоцин юборишни туғишнинг ҳамма даврида (III даврида ҳам) давом эттириш лозим.

Туғруқ жараёнининг иккиламчи сустлигида 1% ли — 1 мл ветразин тери остига ёки мускул орасига юборилади. Лозим топилса, 30—40 минутдан кейин яна шу эритмадан 1—1,5 мл укол қилиш мумкин. Кучаниқни кучайтириш учун 0,2 мл (1 бирликда) окситоцинни 40% ли 20 мл глюкоза билан венага юборилади.

Бу муолажа бачадон бўйни тўла очиқ бўлиб, сунъий йўл билан туғдиришга шароит бўлганда қўлланилади.

Туғруқнинг узоққа чўзилиши инфицирланиш хавфини оширади, эндометрит вужудга келиши мумкин. Чунки қоғоноқ сувининг кетиб қолиши юқорига кўтарилувчи инфекция учун қулай шароит туғдиради (ишқор реакцияли қоғоноқ суви қиндаги нордон реакцияни нитраллайди).

Ҳомилада кўпроқ асфиксия кузатилиб, ҳатто у нобуд бўлиши мумкин. Ҳомиланинг олдинда келувчи қисми кичик чаноқнинг кириш қисмига суқилиб қолиши ёки чаноқ ичида узоқ туриб қолса, чаноқ аъзоларини сиқиб қўйиши натижасида улар деворининг некрозланиши натижасида оқмалар вужудга келишига сабаб бўлади. Бундан ташқари, туғруқнинг III даврида ва эрта чилла дав-

рида атония ёки гипотония кўпроқ учраши натижасида қон кетиш ҳоллари кўпроқ кузатилади.

ТУҒРУҚНИ БОШҚАРИШ

Туғруқ дардининг бирламчи систлигига нисбатан иккиламчи систлиги ҳомила ва она учун анча хавотирли бўлади. Агар 30 ёшдан ошган биринчи марта туғаётган ёки акушерлик анамнезида ўлик тўққан, боласи эрта нобуд бўлган қоғоноқ суви кетганига 5—6 соат бўлган аёлга зарур бўлса (шароит бўлса), кесарча кесиш операциясини қўллаш керак бўлади. Аёлнинг ҳаддан ташқари қўрқиши натижасида кучаниқ систлиги кузатилса, битта таблетка трионоксазин берилади.

Ҳомилада асфиксия ҳавфи бўлса, Николаев усулида венага глюкоза, 2% ли сигетиндан 2 мл юборилади ва (Хмелевский усули) кальций хлорид, глюкоза, витамин B_1, С дан фойдаланилади. Натрий бикарбонатнинг 7—5% ли эритмасидан ҳар 30—50 минутда 2—3 марта 30—40 мл дан венага юборилади.

КУЧАНИҚНИНГ СУСТ БЎЛИШИ

Л. С. Персианинов кучаниқни суст бўлишини 2 турга ажратади.

I. **Бирламчи систлик.** Бу ҳолат қорин девори мускулларининг ҳаддан ташқари бўшашиб кетганида кузатилади. Хусусан кўп туққан аёлларда қорин девори анча чўзилган ва бўшашган бўлади.

Бундан ташқари, қорин деворидаги нуқсонлар, унинг оқ чизиғидаги чурра, киндик ва бошқа чурралари ҳам қорин девори фаолиятига салбий таъсир қилади.

Қовуқнинг, ичакларнинг ва ҳатто ошқозоннинг тўла бўлиши ҳам кучаниқнинг суст бўлишига сабаб бўлиши мумкин.

Аёлдаги эмоционал ҳолат, марказий нерв системасининг органик бузилишида (полиомиелит, жароҳатлар натижасида талофат кўрган) кучаниқнинг бирламчи систлиги кузатилади. Туғруқ дардининг бирламчи ва иккиламчи систлиги бўлганда бу систлик давом этиши ва

ҳолатига қараб унинг бирламчи ҳамда иккиламчи сустлиги бўлиши мумкин.

II. **Иккиламчи сустлик** — туғаётган аёлни бирор патологик ҳолат тинкасини қуритиши натижасида иккиламчи сустлик кузатилади.

Агар аёлда кучаниқ дарди барвақт бошланган бўлса, турли сабаблар натижасида кучли оғриқ (қорин девори ва бачадонни ичаклар босиши натижасида ва бошқалар) ҳам кучаниқнинг иккиламчи сустлигига сабаб бўлиши мумкин.

Кучаниқ сустлигида туғруқ жараёни анча узоқ кечади, кучаниқ сусаяди, ҳар бир кучаниқ оралиғи узаяди, бу қисқа муддат давом этади.

Ҳомиланинг олдинда келган қисмининг туғруқ канали бўйича сурилиши сустлашади ёки бутунлай тўхтаб қолади.

Айниқса қорин деворининг оқ йўли чуррасида, бачадоннинг қисқаришига бу салбий таъсир кўрсатади. Қисқараётган бачадон ҳеч қандай қаршиликсиз қорин деворидаги чурра туфайли бир-биридан узоқлашган мускуллар орасида бўлиб қолади, бунга бачадон қисқаришидан кучаниқни таъминловчи қорин девори ёрдам бера олмайди.

Кўп ҳолатларда кучаниқнинг сустлигида бачадон бўйни ва ҳатто ташқи жинсий аъзолар ҳам шишиши мумкин.

Бундан ташқари, ҳомиланинг олдинда келувчи қисмининг қўзғалмай қолиши туғруқ йўлининг юмшоқ тўқимасини босиб, сиқиши натижасида шу қисмда некроз, ниҳоят оқмалар вужудга келиши мумкин, деб айтиб ўтган эдик.

Кучаниқ дардининг сустлиги ҳомилада кислород тақчиллигини вужудга келтириши ва бу асфиксия ҳамда ҳомила ҳалокати билан натижаланиши кузатилади.

Туғруқни бошқариш — тўлғоқнинг иккиламчи сустлигидагидек бўлади.

Бунда ҳам агар шароит шуни тақозо қилса, ҳомиланинг ҳолати яхши ва чаноқ аъзоларининг босилиб, сиқилиши кузатилмаса, аёлга дам бериш, овқатлантириш, қувватлантириш учун глюкоза юбориш, бундан ташқари,

аёлни рухий тушкунликдан чиқазиш учун психопрофилактика усулларидан фойдаланиш лозим.

Агар қорин девори бўшашган бўлса, унинг фаолиятини кучайтириш учун Вербов бинтидан фойдаланилади.

Аввалари Крестеллер таклиф қилган усулдан фойдаланилар эди. Аммо бу усул она ва ҳомилага салбий таъсир кўрсатади. Шунинг учун бундан фойдаланиш ман қилинади. Юқорида айтиб ўтганимиздек агар ҳомила боши чаноқ ичи ёки тубида ва ҳомила тирик бўлса қисқич қўйиш, ўлик бўлса эмбриотомия операциясидан фойдаланилади.

Бут баланд ёки таранглашган (спазма) бўлса, ҳомиланинг жинсий йириқдан чиқишига йўл қўймайди, бунда баланд бутни перинеотомия, эпизиотомия ёки парамедиал усулда қирқиб кенгайтирилади. Агар бут тиришган бўлса, шу соҳага новокаин юбориш яхши ёрдам бериши мумкин.

ТУҒРУҚ ДАРДИНИНГ КУЧЛИ БЎЛИШИ (HYPERGUNOMIC UTERI)

Агар ҳомила боши чаноқ канали ва туғруқ йўлида ортиқча қаршиликка учрамаса, туғруқ жараёни жуда кучли бўлса, туғруқ 1—8 соат давом этиши мумкин. Бундай ҳолатни тез туғиш (partus praeciptatus) деб юритилади.

Л. С. Персианиновнинг таъкидлашича, бу ҳолат 0,6—0,9% учрайди.

Этиологияси — асаб системаси фаолияти ҳаддан ташқари қўзғалувчан (базедов касаллиги, истерия, неврастения ва бошқалар) бўлиши мумкин. Кўп ҳолатларда кортиковисцерал системани бошқаришнинг бузилиши, бачадондан келган импульслар мия пўстлоғига тушганида унга етарли реакция беролмайди. Бунда кўп миқдорда организмда қисқартирувчи (контрактив) моддалар (питуитрин, адреналин, ацетилхолин) ҳосил бўлиб, бачадон мускулларига кучли таъсир кўрсатиши натижасида бачадон ва қорин девори мускуллари кучли қисқаради.

Туғруқ дарди бирданига кучли бошланади. Бунда дард тутиш оралиғи қисқа бўлгани учун бачадон бўйнининг очилиши тезлашади.

Баъзан бир-икки марта кучаниқдан кейин ҳомила кетидан плацента ҳам туғилади. Туғруқ дарди кучли бўлиб, туғруқ қисқа муддат давом этгани учун баъзи аёллар кўчада, транспортда туғиб қўядилар.

Туғруқ дардининг бундай кучли бўлиши йўлдошнинг барвақт ўрнидан кўчишига, бачадон бўйни ва қин деворлари, бўш клиторнинг жароҳатланишига, кўп қон кетишига сабаб бўлади. Бачадон ҳомиладан тез бўшалгани учун баъзан унда атония ёки гипотония ҳолатини кузатиш мумкин. Бундан ташқари, чилла даврида патологик ҳолатлар кўп кузатилади.

Туғруқ тез кечганда ҳомила боши ўз шаклини ўзгартира олмайди (конфигурация), шунинг учун туғруқ йўлларидан ўтишида кучли сиқилиши натижасида жароҳатланиши, мияга қон қўйилиши, ҳомила ўлими ёки чақалоқнинг эрта нобуд бўлиши, қўл-оёқларнинг парези ёки фалажи кузатилади.

Туғруқ дардининг кучли бўлиши ва бачадон-плацента оралиғидаги қон айланишни бузиши натижасида ҳомилада авж оладиган асфиксия ҳолати кузатилади.

Агар аёлнинг туғруққонадан ташқарида кўзи ёрган бўлса, ҳомилага ёрдам кўрсатилмагани учун киндик тизимчасининг узилиши, плацентанинг ўрнидан йиртилиб кўчиши ва баъзи ҳолларда бачадоннинг ағдарилиб чиқишини ҳам кузатиш мумкин, ҳатто қов бўғимининг ажралишига ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Туғруқни бошқариш — аёлни ҳомила ётиш ҳолатининг қарама-қарши томонига ётқизилади. Бунда ҳомиланинг олдинда келувчи қисмининг бачадоннинг пастки сегменти, бўйнининг ҳам қитиқланиши натижасида дард сустлашади.

Туғруқни аёл ёнига ётган ҳолда ўтказади. Наркотик моддалардан фойдаланилади ва баъзан эфир наркози ҳам ишлатилади.

Туғруқ ўтиб бўлгандан кейин, туғруқ йўлларини кўздан кечириш, жароҳатланган бўлса, ёрдам кўрсатиш керак бўлади. Агар туғруқ кўча шароитида ўтган бўлса, унда стольбнякка қарши укол қилиш керак.

ТУҒИШ ДАРДИ РИТМИНИНГ БУЗИЛИШИ (ДИСКООРДИНАЦИЯ)

Бачадон мускулларининг симметрик равишда, дискоординация ҳолатида қисқариши унинг нерв толалари билан бир текис тараққий қилмаганлиги, яллиғланиш жараёни натижасида дегенератив ҳолат ва ўсмалар пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Бунда шу хилдаги нуқсонли жойларда нерв импульслари бир хил бўлмайди. Шунинг учун бачадоннинг нерв-мускул аппарати фаолияти бузилган бўлади, натижада бачадоннинг барча қисмлари импульсларни бир хил қабул қила олмайди, натижада бачадон нотекис қисқаради. Бунда дард нотекис бўлишидан ташқари, оғриқли ҳам бўлади.

Бачадоннинг қисқариши тик ҳолатда бўлиб бу қисқариш бир томонда, горизонтал ҳолатда ҳамда бачадоннинг юқори ва пастки қисмида бўлиши мумкин. Бачадоннинг бундай тартибсиз қисқариши натижасида ҳомила туриш ҳолати турғунликни сақлай олмайди.

Туғруқ дардининг бу хилдаги аномалиясида бачадон бўйнининг очилиши тутилиб қолади. Ҳомила олди сувининг олдин кетиб қолиши, ҳомиланинг олдинда келувчи қисмини кичик чаноқнинг кириш қисмида узоқ вақт тутилиб қолиши ва туғруқ жараёнини чўзилиши кузатилади. Баъзи аёлларда дастлаб бачадонни бир текс қисқармаслиги, дарднинг бутунлай тўхтаб қолишига сабаб бўлади. Бачадоннинг бир текис қисқармаслиги туғуруқнинг III даврида плацентанинг бир текс ажралмаслигига ва унинг туғилишини тўхталиб қолишига, ниҳоят қон кетишига сабаб бўлиши мумкин.

Дифференциал ташхис қўйишда бирламчи ва иккиламчи дард сустлигини назарда тутган ҳолда даво тадбирларини қўллаш мумкин.

Туғувчи аёлни даволашда ухлатадиган ва тиришишга қарши препаратлардан фойдаланилади. Бачадон бўйнига лидаза 64-128 бирликда ва новокаиннинг 0,5% ли эритмасидан 1-2 мл юборилади.

Туғруқ дардини кучайтириш хавотирлидир, чунки бунда бачадон бўйнининг тетаник қисқариши юз бериши мумкин.

ТОРТИШИБ (ТИРИШИБ) ДАРД ТУТИШИ

Тортишиб (тиришиб) дард тутиши кўпинча невростения, истерия ҳолларида, базедов касаллиги билан оғриган аёлларда кузатилади. Бу бачадон мускулларини узоқ муддат қисқариб туриши билан характерланади. Бунда дард оралиғи қисқа баъзан жуда ҳам қисқа бўлади.

Бачадон мускулларини тиришиб қисқаришига аёлни қайта-қайта қўпол равишда текшириш, акушерликда қисқич қўйиш, ҳомилани айлантиришга операция қилиш учун керакли бўлмаган шароит, бачадонни қисқартирувчи препаратлардан ўринсиз фойдаланиш сабаб бўлади.

Бачадонни тиришиб қисқариши бачадоннинг йиртилишини бошланиш белгиси бўлиб ҳисобланиб, бу ҳолат бачадон тўқималарининг йиртила бошлаганидан, деворида вужудга келган гематомага рефлектор жавоб ҳисобланади. Бачадон бўйни ҳали очилмасдан туриб ҳомилани қўпол равишда чаноқ қисмидан туғдириш жараёнида бачадон бўйнининг ички тешиги тиришиб (спазма strictura uteri spasmatica) қолади.

Дард тортишиб тутганда, бир дард тутиши билан иккинчи дард тутиши ўртасида пауза бўлмайди. Натижада бачадон тортишиб қисқаради ва дард ҳам оғриқли бўлади.

Бачадон мускуллари тортишиб қисқарганидан плацентада қон айланиши издан чиқади ва ҳомиланинг бўғилиб қолиши (асфиксия) рўй беради. Ҳомилага йўлдошдан келадиган қонда кислород камайиб кетиши шунга олиб келади. Бачадон мускуллари бир текис қисқармаслиги туфайли бачадон бўйнининг очилиши қийинлашади. Агар бачадоннинг пастки сегменти бушашмай барча мускуллари тортишиб қисқарса, бунга бачадон тетанияси дейилади. Бунда бачадон ёғочдек қаттиқ бўлиб, узоқ вақтгача таранг туради ва оғриқли бўлади. Аёлнинг томир уриши тезлашади, ҳарорати кўтарилади, бачадонни тортишиб қисқариши унинг ёрилиш хавфини туғдиради. Шунинг учун бачадон тетаниясига жиддий эътибор бериш лозим. Таранглашиб қолган бачадонни юмшатишда наркоз (эфир азот I оксид), бундан ташқари, электроанальгезия ҳам яхши ёрдам беради. Бачадоннинг бу хилдаги қисқариши аёл ва ҳомила учун ҳам жуда хавфли саналади.

XXIII БОБ

БАЧАДОННИНГ ЙИРТИЛИШИ (RUPTURA UTERI)

Маълумки, ҳомиладорликда ва туғруқда бачадоннинг йиритилиши энг оғир асоратлардан биридир. Бачадоннинг йиртилишини биринчи маротаба XVI асрда аёл жасадини патологоанатомик текширишдан ўтказилганда аниқланган.

XIX асрда Боделок, Михаэлис ва бошқалар буни илмий жиҳатдан асослаб бердилар. Бир қатор олимлар (Я.В.Вербов, 1919, Н.З.Иванов, 1926 ва бошқалар) бачадон йиртилишининг этиологияси, ташхис қўйиш ва даволаш омилларини ишлаб чиқдилар.

Кўп олимларнинг фикрича, бачадон йиртилиши 1000-2000 та туғруқда битта ёки 0,1-0,05% учрайди.

Бачадон қўпинча қайта туғувчиларда кўпроқ йиртилади. Ҳомиладорликда бачадон йиртилиши барча бачадон йиртилишларига нисбатан ўртача 9,1% ни ташкил қилади. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида деярли жуда кам учрайди.

Бачадон йиртилиши турларини иккига бўлинади: бачадоннинг ўз-ўзидан йиртилиши (ruptura uteri spantanea), бунда бачадон ҳеч қандай таъсирсиз йиртилади. Иккинчи тури зўрма-зўраки йиртилиш (ruptura uteri violenta).

Кўп олимларнинг кузатишича (Л.С.Персианинов, 1954), 262 та йиртилган бачадоннинг 232 таси (88,6%) ўз-ўзидан йиртилган, Е.Е.Матвеев (1962) нинг олиб борган кузатишича эса, 470 йиртилган бачадондан 352 таси (75,1%) ўз-ўзидан йиртилган. Бачадон соғлом бўлишига қарамай механик таъсир натижасида, кенгайиб таранглашиб кетиши натижасида йиртилса, бундай йиртилишни типик йиртилиш деб юритилади. Агар бачадонда патологик ҳолат, яъни унинг деворида морфологик ўзгаришлар бўлса, бундай йиртилишни атипик йиртилиш деб аталади. Аммо кўп ҳолатларда механик ва гистопатик ҳолатлар биргаликда кечади. Бунда патологик ўзгарган бачадон деворига бўлган механик таъсир натижасида бачадон йиртилади.

Зўрма-зўракасига йиртилиш бачадоннинг пастки сегментининг механик таъсир натижасида ортиқча кенгайиб кетиши сабабли вужудга келади.

Шундай қилиб, зўрма-зўраки йиртилишни икки гуруҳга бўлиш мумкин: биринчиси — врачнинг ўринсиз ҳаракати, иккинчиси — бирор сабабдан шкастланганда кузатилиши мумкин.

Бачадоннинг тўла йиртилиши, бачадоннинг сероз қавати, бачадон девори билан зич ёпишган ерда бўлади. Тўла бўлмаган йиртилишда бачадоннинг шиллиқ қавати билан мускул қавати йиртилиб, сероз қавати бутунлигича қолади. Бунда гематома шу сероз парда остида, кўпинча ясси бойлам варақлари орасига тўпланади, баъзан жуда чуқурга тушмаган ҳолда бачадоннинг мускул қаватига ҳам ўтади. Баъзан эса бачадон девори бироз ёрилади, аммо йиртилмайди (usura uteri).

Кўпчилик олимларнинг фикрича, бачадоннинг тўла йиртилиши тўла бўлмаган йиртилишдан 10 баробар кўпроқ учрайди. Бачадон тўла бўлмаган йиртилишининг типик жойи пастки сегментнинг олдинги ва ён деворидир.

Бачадон тубининг танасида эса, одатда, эски чандиқлар ўрни йиртилади (операция ва абортлардан кейин). Кўп ҳолатларда ҳомиланинг кўндаланг ётганини ўтиб кетган ҳолатида гумбаз соҳасида ажралиб йиртилади.

Бачадоннинг қин гумбазларидан ажралиб йиртилишини биринчи бўлиб, 1875 йилда Ф.И.Гугенберг аниқлади ва уни кольпопорреқсис (Colpoporrhezis) деб атади, унинг йиртилган жойига қараб antica, postica қўшиб номлашни тавсия қилди. Қин гумбазлари тўла йиртилганда у қорин бўшлиғига тушади, бошқа ҳолатларда фақат қин девори зарарланиб, йиртилган қисм фақат сероз парда орқасига кирган бўлади.

Одатда, қин гумбазларидан ажралиб йиртилиш бачадон бўйни яқинида, қин деворининг энг юпқа жойида, бу ҳам ўз-ўзидан ёки зўрма-зўраки бўлиши мумкин.

Л.С.Персианинов қуйидаги таснифни тавсия этади:

I. Йиртилган вақтига қараб:

1) ҳомиладорликда йиртилиш;

2) туғруқ жараёнида йиртилиш;

II. Патогенетик белгиларига қараб:

1) ўз-ўзидан йиртилиш;

а) соғлом бачадон бўлишига қарамасдан туғруқ жараёнида механик таъсир натижасида йиртилиши;

б) гистопатик (бачадон деворининг патологик ўзгарган ҳолатида);

в) механик-гистопатик (механик таъсир ва бачадон деворининг патологик ўзгарган ҳолатида);

III. Зўрма-зўраки йиртилиш:

а) механик таъсирдан жароҳатланиш (туғруқ жараёнида ҳали бачадоннинг пастки сегменти юпқалашиб, таранглашган ёки ҳомиладорликда бехосдан бўлган механик таъсир);

б) аралаш бачадоннинг пастки сегменти таранглашиб, юпқалашганда ташқаридан механик таъсир натижасида:

IV. Клиник кечиши бўйича:

а) йиртилиш хавфи;

б) йиртила бошлаган;

в) йиртилиб бўлган.

V. Жароҳат даражасига қараб.

а) ёрилган;

б) тўла бўлмаган йиртилиши (қорин бўшлиғига тушмаган);

в) тўла йиртилиш қорин бўшлиғига тушган;

VI. Жойлашишига қараб:

а) бачадон тубида;

б) бачадон танасида;

в) пастки сегментда;

г) бачадонни қин гумбазидан ажралиб йиртилиши.

Маълумки бачадоннинг фаол қисми — юқори сегмент мускули қанча кучли қисқарса унинг пастки сегменти шунча тортила ва кенгая боради, чегара ҳалқа (ретракцион-контракцион-Бандель ҳалқаси) ҳам юқорига кўтарилади. Бачадон бўйни тўла очилганда бу ҳалқа қов суягидан 8-10 см юқорида бўлади. Агар ҳалқа ундан юқорига кўтарила борса, бу пастки сегментнинг шунча кўп тортилганидан далолат беради.

Нормал туғруқ жараёнида бачадон бўйни тўла очилиши билан ҳомиланинг олдинда келувчи қисми пастга сурила боради, шунга кўра пастки сегмент ортиқ чўзилмайди.

Бачадон йиртилишини турли муаллифлар турлича изоҳлайдилар. Бандель (1875 йилда) ўзининг чоп этган китобида шундай фикр юритган:

Бачадон 2 қисмга бўлинган: юқориси — фаол қисми бўлиб у қисқаради ва қалинлаша боради, пастки — пассив қисми чўзилиб, юпқалашади. Уларнинг оралиғида контракцион ҳалқа жойлашган. Бачадон пастки сегментининг ортиқча тортилишига бачадон бойламлари қаршилик кўрсатади (думалоқ ва воринкасимон чаноқ бойламлари), қорин девори ҳам шу каби таъсир кўрсатади. Бунда бойламлар контракцион ҳалқани нормал ҳолатда сақлаб туради. Қорин девори бачадонни чаноқ томон босади. Шу йўсинда функционал мувозанат сақланади. Шу механизм бузилса, бу ҳолат издан чиқади. Бу ҳолатда агар ҳомила олди суви кетиб қолса ва ҳомила боши билан чаноқ ўлчамлари тўғри келмаса (механик қаршилик) бачадоннинг фаол қисми тўхтовсиз қисқара боради. Контракцион ҳалқа юқорига кўтарилишда давом этади, агар ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса, бачадон ўз-ўзидан йиртилади. Бандель назариясига кўра, туғруқни олиб боришда механик тўсиқларни: тор чаноқ, ҳомиланинг нотўғри жойлашиши, ҳомиладаги нуқсонлар ва сув кетгандан кейин туғруқ дардининг кучли бўлишини ҳисобга олиш кераклиги тавсия этилади. Агар бачадон ҳомиладорликда, туғруқ дарди энди бошланганида, қоғоноқ пардаси бутун бўлганда (ҳали механик тўсиқ бўлмаганда) бачадоннинг йиртилиш механизмига Бандель назарияси жавоб беролмайди.

Н.З.Иванов (1904) ва Я.Ф.Вербов (1911) лар ҳам бачадон йиртилиши ҳақидаги ўз назарияларини тавсия этдилар. Н.З.Иванов бачадоннинг икки қисмга: фаол ва пассив қисмга бўлиниши ҳақидаги тушунчани нотўғри ҳисоблаб, туғруқда бачадоннинг ҳар икки қисми фаол равишда қисқаради деб ҳисоблайди. Унинг фикрича, бачадон танасининг олдинги ва орқа девори ҳамда бачадон бўйни девори деярли қалин бўлиб, олдинги девори, пастки сегмент соҳаси ҳомиладорликда, туғуруқда кенгайиш қобилиятига эга шунга кўра бачадоннинг шу қисми осон йиртилади. Н.З.Иванов 20 та йиртилган бачадонни текширганда уларнинг деворида анчагина чандиқлар, мускул

элементларининг атрофияга учраганини аниқлаган. Унинг фикрича турли характердаги чандиқлар бачадонни осон йиртилишига сабаб бўлар экан.

Я.Ф.Вербовнинг фикрича соғлом тўқима йиртилмайди. Унинг фикрича бачадон тўқимасининг жуда осон йиртилишига ҳолати, унинг мускулларини бўшашган бўлишидир, бунда арзимаган механик таъсир ҳам бачадоннинг пастки сегментини осон йиртилишига сабаб бўлади.

Я.Ф.Вербовнинг фикрича бачадоннинг юқори сегменти қаттиқ қисқармасдан, аксинча жуда суст қисқаради, пастки қисми эса юпқалашмаган, аммо параличга учраган бўлади.

Унинг таъкидлашича бу осон йиртиладиган тўқима бачадон ичидаги босимга бардош бераолмайди.

Н.З.Иванов ва Я.Ф.Вербовлар бачадонни ўз-ўзидан йиртилишининг этиологик ва патогенези ҳақидаги функционал назарияни олдинга суриб тўғри талқин қилганлар. Аммо Я.Ф.Вербов Бандельнинг механик назариясини тан олмай ўзи ҳам бачадоннинг йиртилиш ҳавфи ҳақида етарли тушунча бера олмайди.

Албатта бачадоннинг морфо-функционал ҳолати катта аҳамиятга эга. Абортдан кейинги бачадоннинг тешилган қисмларидаги чандиқлар — миомаэатомия, кесарча кесишдан кейинги чандиқлар бачадоннинг йиртилишига сабаб бўлиши мумкин. Н. С. Бакшеев, Погарелова қайта кесарча кесиш операциясида илгари қилинган операция сатҳида чандиқлар бўлишини аниқлаган.

А.С.Слепникнинг (1968) таъкидлашича, дастлаб қирқилган ерда яъни мускул тўқимасида регенерация жараёни вужудга келади, кейин чандиқ пайдо бўлади. Бу ерда чандиқли ва эластик тўқима вужудга келади ҳамда шу чандиқ соҳасида модда алмашуви бузилади.

Л.С.Персианинов 262 та йиртилган бачадоннинг 55,4% да бачадон деворидаги ўзгаришни кузатиб, улардан 74 тасида гистологик текшириш билан шу ўзгаришлар тасдиқланган.

Демак, бачадоннинг ўз-ўзидан йиртилишига унинг деворини юпқа бўлиши сабаб бўлар экан.

Зўрма-зўраки йиртилишга кўпинча бачадон пастки сегментининг тортилиб кенгайиши сабаб бўлиб, акушер-

лик операцияларидан ўринсиз (ҳомила боши юқорида бўлганда) қисқич қўйишда, зарурат бўлмасада, ҳомилани ўринсиз айлантириш ва бошқаларда бачадон йиртилиши мумкин.

Бачадоннинг йиртилиш хавфи бўлганда уни қўполлик билан қин орқали текширишда, акушерлик операцияларини чуқур наркоз бермаган ҳолда бажариш жараёнида ҳам бачадон йиртилиши мумкин.

Бундан ташқари, оғир механик таъсир, қорinga уриш, йиқилиш ва бошқалар ҳам бачадон йиртилишига сабаб бўлиши кузатилган.

Яна бир қатор сабаблар ҳам борки, бачадон морфофункционал жиҳатдан етилмаган ҳолда арзимаган механик таъсир ҳам бачадоннинг йиртилишига сабаб бўлиши мумкин.

Л.С.Персианинов 262 та бачадоннинг йиртилиш сабабини ўрганишда 16,8% фақат туғруқдаги механик омил, 11,4% зўрма-зўраки ва 55,4% бачадон девори ўзгарган ҳолатида, 11% да бир қанча сабаблар биргаликда, 5,4% дан йиртилиш сабаби аниқланмаган.

БАЧАДОННИНГ ЙИРТИЛИШ ХАВФИ

Маълумки, туғруқ жараёнида ҳомиланинг туғруқ йўли бўйлаб сурилишида бачадон мускуллари, қорин девори ва бошқа тана мускулларидан анча куч талаб қилинади. Аммо нормал ҳолатда ҳомиланинг сурилиш жараёнида туғруқ канали талофот кўрмайди. Бачадонда йиртилиш хавфи кузатилмайди. Агар туғруқ жараёнида туғруқ йўлларида механик тўсиқ бўлиб, ҳомила туғруқ канали бўйича сурила олмаса, унда бачадоннинг пастки сегменти ва қин чўзилиб —тортилиб, бачадоннинг йиртилиш хавфи вужудга келади.

Бачадоннинг йиртилиш ҳавфининг клиник белгилари унинг пастки сегменти ва қин ҳаддан ташқари чўзилиб кетганида яққол кўзга ташланади.

Чаноқ суягининг ўлчами билан ҳомила бошининг ҳажми мос келмаганида ва туғруқ дарди жуда кучли бўлганда, қоғоноқ суви кетиб қолганда бачадоннинг пастки сегментининг кенгайиб таранглашиши кўпроқ кузатилади.

Бунда бачадон узунасига чўзилиб, унинг танаси бир томонга оғади, контракцион (ретракцион) ҳолда киндик соҳасида, ҳатто ундан юқорида ва ташқарида гўё қум соатга ёки рассомлар соладиган 8 рақамга ўхшаш шаклда кўринади (86-расм). Бачадоннинг юқори сегменти кучли қисқарганда қовурға айланасининг бир томонида жойлашган, кенгайган қисми унчали билинарли шаклда бўлмайди. Думалоқ бойлам, айниқса чап томондагиси, таранглашган ва оғриқли бўлади.

Пайпаслаганда бачадоннинг пастки сегменти соҳаси анча таранглашган бўлиб, бемор кучли оғриқдан шикоят қилади. Ҳомиланинг қисмларини пайпаслаб бўлмайди.

Қин орқали текширганда: қоғоноқ парда йўқ, бачадон бўйни тўла очиқ, кичик чаноқ кириш қисмининг юқорисида ёки киришида ҳомиланинг олдинда келган қисми пайпасланади. Баъзи ҳолларда ҳомила бошининг чаноқнинг кириш сатҳида бўлишига қарамасдан ундаги туғруқ шиши чаноқ бўшлиғини эгаллаши мумкин. Ҳомила кўндаланг ётганда унинг елкаси чаноқ кириш қисмида қаттиқ



86-расм. Ҳомила кўндаланг ётишининг ўтиб кетган ҳолати. Чизиқлар билан бачадон пастки сегментининг ҳаддан ташқари кенгайиб кетиб, йиртилиш хавфи.

тиқилган ҳолатда бўлади. Бачадон бўйнининг чаноқ девори ва суқилган ҳомила боши орасига сиқилиб қолиши натижасида бачадон бўйнининг лаби шишиб, тўқ кўк рангда кўринади. Туғруқ дарди (тўлғоғи) кучли ва тўхтовсиз бўлгани учун бачадон деярли бўшашмайди.

Туғаётган аёл қорни соҳасидаги кучли оғриқдан бетоқат бўлади, қўли билан қорнини ушлаб олиб, қайси йўл билан бўлмасин тезроқ туғдириб олишларини илтижо қилиб сўрайди. У қаттиқ додлайди, бақиради, юзи қизариб кетади, тили-лаби қуриқшаб кўзида қўрқув аломати бўлиб, томир уриши тезлашади, тана ҳарорати кўтарилади. Ҳомиланинг юрак уриши аста-секин пасайиб, ниҳоят йўқолади, ҳомила нобуд бўлади. Бачадоннинг бу хилдаги йиртилиш хавфи Бандель тарифлаганича пайдо бўлади уни "бандель" кўриниши деб аталади. Юқорида қайд қилинган клиник белгилар асосида ташхис қўйиш анча енгил бўлади. Албатта бунда врачнинг катта билим ва тажрибага эга бўлиши муҳим рол ўйнайди.

Бачадон тўқимасида пато-морфологик ўзгаришлар бўлгандаги бачадоннинг йиртилиш хавфи белгилари анча суст бўлиб, фақат бир неча белгиларни кўриш мумкин.

Бачадон деворидаги ўзгаришлар юқорида келтирилган бачадоннинг йиртилиш хавфи белгиларини тўла кўрсатмайди.

Бачадон деворидаги патологик ўзгариш ва арзимаган механик таъсир ҳам бачадон йиртилиш ҳавфини туғдириши мумкин. Бунда бачадоннинг йртилиш ҳавфи атипик кечади, шунинг учун бу аёл анамнезини яхши ўрганиш ва туғруқ жараёнини диққат билан кузатиш керак бўлади.

Агар анамнезда илгари бачадон йиртилганлиги, кесарча кесиш, фибромиома тугунини олиб ташлаш операциясини, аборт, яллиғланиш жараёнини кечирган, туғруқ патологик ҳолатда ўтган (операция йўли билан ҳомилани туғдирилган, плацентани қўл билан кўчирилган туғруқ узоқ ва оғир кечган) бўлса, врач туғруқ жараёнида шуларни ҳисобга олган ҳолда туғруқни бошқариши керак.

Я.Ф.Вербов туғруқ дардининг суст бўлиши бачадон йиртилишининг асосий сабаби деб таъкидлайди.

Дарҳақиқат, бачадон девори патологик ўзгарган бўлса, туғруқ дарди кучли бўлмай, аксинча, суст бўлади, шунга қарамасдан бачадон арзимаган механик таъсирдан йиртилиши мумкин. Қайта туғувчиларда ҳар галги ҳомиладорликда ҳомиланинг оғирлигини оша бориши мумкинлигини ҳам назарда тутмоқ керак. Агар туғруқ дарди оғриқли бўлишига қарамай бачадоннинг қисқариши суст бўлса ҳам бу ҳолат бачадоннинг йиртилиш ҳавфини туғдиради. Натижасиз ва эҳтиётсиз кучаниш ҳам кўпинча бачадон йиртилиш белгиси бўлиши мумкин. Қовуқ атрофидаги клетчатканинг шишиши туфайли қов усти шишиб, дўппайиб чиқса, пастки сегментнинг чўзилиб таранглашгани учун сийдик чиқишининг қийинлашиши, бу ҳам бачадон йиртилиш ҳавфининг белгиларидан деб ҳисобланилади.

БАЧАДОН ЙИРТИЛИШИНИНГ БОШЛАНИШИ

Бачадоннинг йиртилиш ҳавфи белгиларига яна қўшимча белгилар ҳам киритилади. Туғруқ дарди янада кучлироқ бўлади, тиришиш характерини олади, туғруқ йўлларидан қон кела бошлайди. Қов устидаги шиш ўса боради, сийдик қонли бўлади. Ҳомиланинг аҳволи ёмонлашади. Унинг юрак уриши секинлашади ёки тезлашади. Шовқинли тонлар бўғиқлашади, ҳомила кучли қимирлай бошлайди, сув кетган бўлса, қиндан ҳомиланинг сув билан биргаликда аҳлати келади ва ниҳоят, ҳомила тезда нобуд бўлади.

Бачадон йиртилишининг бошланиши билан бутунлай йиртилиши оралиғи жуда қисқа бўлади. Шунинг учун аёлнинг умумий аҳволини ҳар томонлама ўрганиб, бачадон йиртилишининг олдини олиш мумкин.

Умуман бир қатор муаллифларнинг талқин қилишларича, бачадоннинг йиртилиши белгисиз бўлмайди. Аммо агар аёл оғир яллиғланиш жараёни билан оғриган, кесарча кесиш операциясидан кейин чилла даврида инфекцион касалликларни (сепсис, эндометрит, метрит ва бошқалар) бошидан кечирган бўлса, шу қирқилган жой ва унинг атрофида қўпол чандиқлар вужудга келган бўлса, бундай бачадон ҳатто ҳомиладорликда ҳам ҳеч қандай

белги бермасдан йиртилиши мумкин. Чунки шу соҳада нерв охирлари кам бўлиб ва чандиқ осон тортилиб йиртилиши мумкин. Бундай ҳолларда бачадон йиртилишининг олдини олиш анча қийин бўлади.

Аммо бачадондаги бундай ўзгаришни олдиндан синчиклаб ўрганилса, бачадоннинг йиртилишини олдини олган бўламиз.

Бачадон деворидаги чандиқ туғруқ жараёнида тортилиб, юпқалашади. Буни аниқлаш учун пайпаслаганда қорин деворидаги чандиқни четга суриб, бачадондаги чандиқ топилади, одатда чандиқнинг юпқалашган жойи юпқалашмаган жойдан анча пастда бўлади. Бу белгини А.А.Коган "Товча" белгиси деб атаган. Бу айниқса бачадон қисқарганда яққол кўзга ташланади. Шу юпқалашган жойнинг кўпая бориши бачадон йиртилиш ҳавфидан далолат беради, жуда тез фурсатда бачадон йиртила боради. Чандиқ ажралиб йиртила борган сари (йиртилишнинг бошланиши) аёлнинг тинкаси қуриб, боши айланади ёки ҳушидан кетади, ханжарсимон ўсиқ остида оғриқ сезади, кўнгли айнаб қусади. Бу ҳолатлар вақтинча бўлиши мумкин. Бу белгиларнинг вақтинча тўхтаганига қараб врач бачадон йиртилишининг яқинлигини билмай қолади. Бу белгиларни юрак ва овқат ҳазм қилиш аъзоларидаги ўзгаришлар деб хатога йўл қўйишлари мумкин. Шунга кўра кесарча кесиш операциясини кечирган барча ҳомиладорларни туғруқдан 2-3 ҳафта илгари туғруқхонага ётқизиш шарт.

Агар аёл илгари бирор патологик ҳолат туфайли (тор чаноқ, катта ҳомила, ҳомила ва қисмларининг нотўғри жойлашиши) кесарча кесиш операцияси қилинган бўлса, туғруқни шу ҳолатларни тўла ўрганган ҳолда бошқариш керак. Агар бачадондаги чандиқ тўла сифатли бўлмаса, унда туғруқдан 10-12 кун олдин қайтадан кесарча кесиш операциясидан фойдаланиш керак.

Баъзан йўлдош ворсинкалари бачадон деворига чуқур жойлашганда бачадоннинг атипик йиртилишини кузатиш мумкин, бунда бачадон йиртилиш ҳавфини аниқ билиш қийин бўлади. Шунинг учун бундай аёлларни синчиклаб ўрганиш лозим бўлади.

БАЧАДОН ЙИРТИЛИШ ХАВФИНИ ДАВОЛАШ

Бачадон йиртилиш хавфи бўлганда туғруқни чуқур наркоз остида олиб борилади. Бунда наркоз фақат оғриқсизлантириш омили бўлмасдан тиришиб қисқарган бачадонни бўшаштиради ҳам, уни таранглигини камайтиради, кучаниқни тўхтатади. Шу йўл билан бачадон йиртилишининг олди олинади.

Агар ҳомила кўп қийналмаган ва кесарча кесиш учун шароит бўлса, унда шу операциядан фойдаланилади. Ҳозир кўпроқ операцияни бачадоннинг пастки сегментида қилинмоқда.

Агар ҳомила ўлик бўлса, унда эмбриотомия операцияси қўлланилади. Айниқса ҳомиланинг кўндаланг ҳолатининг ўтиб кетган турида эмбриотомия қилинади.

Г.Г.Гентер (1937) "ҳомилани кўндаланг ётганининг ўтиб кетган ҳолатида ҳомилани айлантириб тўғрилаш муз ва олов билан тенг" деган доно фикрни айтган.

Демак, ҳомиланинг кўндаланг ётганининг ўтиб кетган ҳолатида бачадон йиртилиш ҳавфли бўлса, ҳомилани айлантириш асло мумкин эмас, аксинча, бачадон аниқ йиртилиши мумкин.

БАЧАДОННИНГ ЙИРТИЛИШИ

Бачадоннинг йиртилишида кучли оғриқ кузатилиб, баъзи аёллар қорин бўшлиғида нимадир ёрилганидан шикоят қиладилар. Одатда, бундай ҳолатда аёл бирданига қаттиқ бақириб юборади ва қўли билан қорин пастини маҳкам ушлаб олади, унинг аҳволи бирдан оғирлашади.

Бачадон йиртилгандаги клиник белги анча аниқ бўлади, айниқса тўла йиртилганига ташхис қўйишда қийинчилик туғилмайди.

Г.Г.Гентер бачадон йиртилишини қуйидагича таърифлайди: (1937) "Бачадон йиртилиши жуда қўрқинчли бўлиб, бунда кучли бўрон тинчлик билан алмашинади".

Бачадон йиртилишини бир маротаба кузатган киши уни асло унута олмайди. Бунда туғруқ фаолияти тўхтаб, аёл бўшашиб тушади, ортиқ бақирмайди, оғриқдан шикоят қилмайди, тери ва кўринадиган шиллиқ қаватлар

оқариб кетади, томир уриши тезлашади, аёлни совуқ тер босади, кўнгли айнайди, қусади, ҳиқичоқ тутади.

Қорнини пайпаслаганда бутун қорин бўйлаб оғриқ, дўппиллатганда унинг пастки қисмида қон қуйилиши туфайли тўмтоқ овоз эшитилади. Шеткин-Блюмберг белгиси мусбат бўлади. Ичаклардаги атония туфайли жуда тез метеоризм вужудга келади, қиндан бир оз қон келади. Агар шу вақтга қадар бола ҳаёт бўлган бўлса, бачадон йиртилиши билан у нобуд бўлади. Ҳомиланинг қорин бўшлиғига тушганини аниқлаш қийин бўлмайди. Бунда қориннинг шакли ўзгаради, у ғадир-будир бўлиб, қорин девори орқали ҳомила қисмлари осон пайпасланади.

Агар ҳомила қорин бўшлиғига тушмаган ёки қисман тушган бўлса, унда бачадон гўё икки шоҳли бўлиб қолганга ўхшайди (бачадон четга сурилгани учун), қорин пастидаги кучли оғриқ ҳам бачадон йиртилишидан дарак беради. Агар бачадон йиртилган бўлишига қарамасдан ҳомила бачадон ичида бўлса, унда туғруқ дарди дарҳол тўхтамай, аста-секин тўхтайди. Клиник белгилар унча кучли бўлмайди.

Қорин бўшлиғига қон қуюла борган сари шок белгилари кузатилади. Қин орқали кўрилганда илгари чаноқнинг кириш қисмига суқилган ҳолатда бўлган ҳомила боши юқорига кўтарилганлиги ва қўзғалувчан бўлиб қолгани кўринади.

Қовуқ шиллиқ қаватидаги веналарга кўп қон тўпланганлиги ёки жароҳатлангани учун (ёрилган, йиртилган) сийдик билан қон аралаш келади.

Бачадон тўла йиртилганда қорин деворини дўппиллатиб кўриш билан қорин бўшлиғига қон қуйилгани (айниқса пастки қисмида) аниқланади.

Туғруқ жараёнида бажариладиган турли операциялар (ҳомилани айлантириш, эмбриотомия, қисқич қўйиш) дан кейин албатта бачадон бутунлигини аниқлаш учун қўл билан кириб текширилиб чиқилиши шарт.

Агар ҳомиланинг олдинда келувчи қисми чаноқ ичида бўлиб, бачадон йиртилганлиги аниқ бўлмаса, унда ҳомилани емириш операция йўли билан туғдириб, кейин бачадонни текшириб чиқилади. Чунки бунда қорин орқали чаноқ ичига суқилган қисмини олиб бўлмайди. Агар ба-

чадон йиртилганига бир кун ёки ундан кўп вақт бўлган бўлса, бунда авж олаётган перитонит (қорин пардасининг яллиғланиши) кузатилади. Бунда туғаётган ёки туғиб бўлган аёлнинг аҳволи жуда оғир бўлиб, кўзлари бежо, бурни чўққайган, тили қуруқ, караш билан қопланган, томир уриши тез бўлади. Аёл қорин соҳасидаги оғриқдан шикоят қилади. Қорин девори таранглашган, пайпаслаганда кучли оғриқ, Шёткин-Блюмберг белгиси мусбат, кўнгли айнайди, ҳиқичоқ тутади, қусади, ичаклар парези ва ҳатто параличи кузатилади. Олимлардан И.Л.Брауде, 1941, А.С.Персианиновлар бачадоннинг тўла бўлмаган йиртилишида туғруқ дарди тўхтамай, ҳомила ўз-ўзидан туғилганини кузатганлар.

А.С.Персианинов (1947) 262 бачадони йиртилган аёлларнинг 25 тасида туғруқ мустақил ўтгани ва туғилган болаларнинг 11 таси тирик бўлгани ҳақида (кўпларида бачадон тўла йиртилмаган) маълумот берган.

Бачадоннинг қисман йиртилишида унинг сероз қавати ҳали бутун бўлади, шунинг учун ҳомила қорин бўшлиғига тушмайди. Бунда сероз парда остига бир четга оғган бачадон ёнида гематома ҳосил бўлади ва уни янада четга суриб, чаноқ ва буйрак томонга тарқала боради.

Бунда қорин бўшлиғига кам қон кетади ва шок ҳолати анча суст кечади. Баъзан ҳатто бундай ҳолат кузатилмайди ҳам.

И.Л.Брауденинг (1947) таъкидлашича, думғаза соҳасидаги қаттиқ оғриқ ва унинг оёққа тарқалиши гематоманинг жойлашган ерини белгилаб беради.

Г.Г.Гентер (1937), И.Л.Брауде (1947) ва бошқалар қоринни пайпаслаганда клетчатканинг эмфиземаси туфайли қор ғижиллагандек овоз чиқса, бу бачадоннинг тўла бўлмаган йиртилганидан далолат беради деб ҳисоблайдилар.

Агар бачадон деворига йўлдош ворсинкалари ботиб кириб, уни тешган бўлса, клиник кўриниши бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликнинг бузилган турини эслатади. Бунда қоринда қаттиқ оғриқ бўлиб, бу эпигастрал соҳага, елкага тарқалади (Френикус белгиси), томир уриши тезлашади, тери ва шиллиқ қаватлар оқаради, кўнгил айнаб қусади, кўп ҳолатларда ҳушдан кетади. Кейин қорин

бўшлиғига қон қуйилиши оша боради, томир уриши борган сари тезлашади, қон босим камая боради. Дўпиллатганда қорин бўшлиғида қон тўпланаётгани аниқланади. Қорин деворини пайпаслаганда оғриқ бўлади, бачадон ўз шаклини сақлаган, қаттиқ ва юмшоқлиги ўзгармаган ҳолатда бўлиб, ҳомиланинг аҳволи, агар кам қон кетаётган бўлса, деярли ўзгармайди.

Ташхис аниқлангач бачадонни ампутация ёки экстирпация қилиш лозим бўлади.

БАЧАДОН ЙИРТИЛГАНИДА ЁРДАМ БЕРИШ

Ҳозир бачадон йиртилганда фақат жарроҳлик усулидан фойдаланилади.

Бачадон йиртилганда акушер учун бирдан-бир тўғри йўл қорин девори орқали операция қилиб туғруққа ёрдам беришдир.

Баъзи ҳолларда ҳомиланинг олдинда келувчи қисми йиртилган сатҳдаги қон томирларни қисман босиб, кўп қон кетишини олдини олиши мумкин. Агар бачадон йиртилганда қалин деворни очмасдан олдин ҳомилани туғдирилса, бунда бачадон яна кўп йиртилиши ва ҳомилани олгандан кейин у босиб турган қон томирларидан ҳам қон келиши натижасида аёл кўп қон йўқотиши мумкин.

Маълумки, қон кўп кетган сари аёлда шок ҳолати кузатилади. Шок ҳолатида дастлаб тери ва шиллиқ қаватлар оқаради, аёл бўшашиб, томир уриши тезлашади, юзини совуқ тер босади, у берилган саволларга тез жавоб беролмайди, қисқа ва секин гапиради. Қон босими пасайиб кетади, шунга қараб шокнинг қайси даражада эканлиги аниқланади. Шу юқорида келтирилган ҳолатларни ҳисобга олган ҳолда операцияни бошлашдан олдин аёлга қон ва уни ўрнини босадиган эритмаларни қуйиш керак бўлади. Бу билан йўқотилган қон ўрнини тўлатиш мумкин бўлади.

Бунда дастлабки қонни оқма, кейингиларини томчи кўринишида юборилса, юракнинг бирданига кенгайиб кетиб, фаолиятининг бузилишини олди олинади.

А.С.Персианинов бунда қуйидаги эритмалар бирикмасини юборишни тавсия қилади: натрий бромни 10%-

10 мл, 33% спирт — 20 мл, 40% глюкозадан 30 мл, аскорбин ачимининг 10% лигидан 5 мл, 6% ли витамин B_1 — 1 мл, 10% ли хлорид кальцийдан — 1 мл.

Унинг фикрича, бундай таркибли эритма марказий нерв системасининг қўзғатиш ва тормозлаш жараёнини яхшилашини таъминлаб, беморнинг умумий аҳволига ижобий таъсир кўрсатади. Юрак-томир, нафас олиш системаси фаолиятини яхшилайди.

Бачадон йиртилганида қўлланиладиган наркозлардан эндотрахеал наркоз азот (1)-оксид билан биргаликда нейролептик ва анальгетик моддалардан, мускулларни бўшаштирадиган (релаксантлар) ва ўпкани сунъий равишда вентеляция қилиш усулларидан фойдаланиш лозим бўлади.

Кўп ҳолатларда бачадон йиртилиши билан бирга бойламлар ҳам жароҳатланган бўлиши мумкин. Операция қилиш усули бачадон йиртилишининг характерига, вақтига, инфекцияланганлигига ва инфекцияланмаганига қараб танланади.

Г.Г.Гентер (1937), К.К.Скробанский (1937), И.Л.Брауде (1959) ва бошқалар бачадонни қин юқорисидан ампутация ёки экстирпация қилишни тавсия қиладилар. Шунда операциядан кейинги оғир асоратларни олдини олинган бўлади.

Кўп муаллифларнинг фикрича, оғир шок ҳолатдаги аёлнинг йиртилган бачадонини тикиш радикал операциядан кўра осонроқ кечади. Лекин бундай операцияни бачадон йиртилганига кўп вақт бўлмаган, четлари эзилиб йиртилмаган ва инфекция тушмаган бўлсагина қўллаш мумкин.

А.С.Персианинов (1961) бачадон йиртилганда чоклашни асосан чандиқлар соҳаси йиртилганда, бачадон туби ва танаси йиртилганда қўллаб, бачадонни пастки сегментидаги йиртиқни фақат, агар бачадонни бу қисми йиртилганига 24 соат ўтмаган, инфекция кирмаган бўлса ва беморнинг умумий аҳволи операцияни тезлатишни тақозо қилса, шундагина чоклаш мумкин.

Бу кўрсаткичлар бўлмаса, унда бачадонни олиб ташлаш лозим бўлади. Инфекцияланган бўлса, унда бачадонни найчалар билан биргаликда олиб ташлаш керак.

БАЧАДОН БЎЙНИ ЙИРТИЛГАНДА ТИКИШ

Бачадон бўйни йиртилганининг бирдан-бир белгиси қон кетишидир. Баъзи ҳолларда бу белги узоқ давом этмай қон тўхтаб қолса ва врач бачадон бўйнини кўздан кечирмаган бўлса, чилла даврида шу йиртилган ердан инфекция кириб, оғир инфекцион касалликни юзага келишига сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун врач туғруқдан кейин албатта бачадон бўйнини кўздан кечириши керак бўлади.

Бачадон бўйнини тикиш унча мураккаб бўлмай, туғруқдан кейин йўлдош туғилиб бўлгач (тикилади) амалга оширилади.

Одатда, биринчи чокни йиртилган қисмнинг бирмунча юқорисидан қўйилади. Бунга сабаб, биринчидан, жароҳат сатҳидан қон кетмасликни, иккинчидан, йиртилган ҳажмни аниқ тасаввур қилиш мумкин бўлади. Шу чок ёрдамида бачадон бўйнини пастга силжитиш ва ўқсимон қисқич қўймасдан тикишга имконият туғилади. Бундан ташқари, йиртилган бўйнининг четлари бир-бирига тўғри яқин келиши таъминланади. Чоклар ораси 0,5 см дан кам бўлмаслиги керак.

Тикиш учун кетгут ишлатилади. Агар йиртилган четлар тўғри, бир-бирига яқинлашган ҳолда тикилган бўлса, чок ўрнида тўғри ингичка чизиқсимон чандиқ қолади. Кейинги туғруқда илгари тикилган жой йиртилмаслиги ҳам мумкин.

БАЧАДОННИНГ АҒДАРИЛИБ ТУШИШИ

Бачадоннинг ағдарилиб тушиши акушерлик амалиётида учраб турадиган асоратлардан биридир. Бу кўпроқ йўлдош тушиш даври нотўғри олиб борилганда ёки Креде усулидан ўринсиз фойдаланилганда кузатилади.

Бачадон ағдарилганда бачадон туби жинсий тешикдан ағдарилиб чиқиши натижасида унинг ички юзаси ташқи юза бўлиб қолади.

Умуман бачадоннинг ағдарилиб чиқишини 2 га бўлиш мумкин:

а) зўрма-зўраки; б) ўз-ўзидан.

Креде усулини ўринсиз (ҳали плацента ўз ўрнидан кўчмасдан) ёки киндик тизимчасидан тортиб, плацентани туғдиришга уринишда ҳам бу ҳол кузатилади. Аммо бачадон атониясида арзимаган куч билан унинг тубини босиш натижасида ҳам бачадон ағдарилиши мумкин.

Агар чаноқ туби мускуллари ва бачадон бўйни суст тараққий қилган ёки илгариги туғруқдан кейин яхши тикилмаган ёки йиринглаб ажралиб кетган бўлса ҳам бачадон ўз-ўзидан ағдарилиши мумкин (қорин бўшлиғида босим ошганда).

Бачадоннинг ағдарилиб тушиши бир неча босқичлардан иборат бўлиб, дастлаб унинг танаси дўппайиб, бачадон бўйнининг ички тешигига, ундан бўйин каналига яқинлашиб, кейин бўйин каналига ва ниҳоят қинга ва ундан ташқарига ағдарилиб чиқади. Бунда бачадон бўйни ва тешик ҳалқалари ўз жойида қолади. Бачадоннинг ағдарилиши ўткир ёки сурункали бўлиши мумкин.

Ағдарилишнинг ўткир формасида аёл қорин пастида кучли оғриқ сезади, шок ёки коллапс ҳолати кузатилиб, қон кетади. Шок ёки коллапс бачадонни қоплаган қорин пардасининг, бачадон найчаларининг, ясси ва думалоқ пайларининг бирданига кучли тортилганидаги кучли оғриқдан бўлади. Ағдарилиб чиққан бачадон қизил шиш шаклини олади ва 2 та найчалар тешиги кўриниб туради. Агар ағдарилганига кўп вақт бўлган бўлса, бачадон кўкимтир рангда бўлади. Агар плацента бачадон тубига ёпишган бўлса, қон кетмайди, плацента қисман ажралган бўлса, унинг ёпишган еридан қон кетади.

Қорин томондан бачадон туби топилмай, воронкасимон ҳолат кўринади. Баъзи ҳолларда ағдарилиб чиққан бачадон некрозга учраган бўлиши ҳам мумкин.

БАЧАДОН АҒДАРИЛИБ ТУШГАНДА ҚИЛИНАДИГАН ОПЕРАЦИЯ (REINVERSIO UTERI)

Бу хилдаги операция чуқур наркоз остида қилинади. Бунда икки бармоқ ёрдамида эҳтиёткорлик билан бачадон тубини, бачадон бўйнининг ичак тешиги томон сурилади. Агар ағдарилганига унча кўп вақт ўтмаган бўлса, унда бачадонни тўғрилаш мумкин (бу операцияни бош-

лашдан олдин тушган бачадонни дезенфекция қилиб, кейин тўғрилашга киришиш керак).

1893 йилда биринчи маротаба ағдарилиб тушган бачадонни операция йўли билан, яъни бачадоннинг орқа деворини қин орқа гумбазни биргаликда кесиб очиб тўғрилашни таклиф этганлар (Кюстнер-Никколи-Дюра усули). Операцияни қуйидагича бажарилган. Аёлни қин операциясидаги каби ётқизилиб, бачадон бурчакларига ўқсимон қисқич қўйиб, уни юқорига кўтарилади. Қинга қин кўзгуси киргизилади. Унинг орқа гумбазини кўндаланг қилиб бачадон бўйнигача кесилади. Гумбазнинг пастки деворини кесиб дуглас бўшлиғига тушилади. Қирқилган ерга кўрсатгич бармоқни киргизиб, бармоқ бўйлаб бачадон бўйнидан то тубигача кесилади, кейин бачадон тўғриланади. Бунда жарроҳ бачадонни катта бармоғини бачадоннинг сероз пардаси томонга қўйган ҳолда тўғрилайди. Тўғрилаб бўлингандан кейин бачадондаги қирқилган сатҳи тикилади (2 қават чок: мускул билан мускул ва сероз қават билан мускул қават биргаликда тикилади). Тикилган бачадонни чаноқ ичига жойлаб, қин девори орқали, қорин бўшлиғига резинка найча киргизиб қўйилиб, қин деворини торайтириб тикилади.

Агар бачадоннинг ағдарилганига кўп вақт ўтган ва гангрена белгиси бўлса, албатта бунда бачадонни олиб ташлаш керак бўлади.

ҚИН ВА ВУЛЬВА (ТАШҚИ ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИ) ДАГИ ГЕМАТОМА

Қин ва вульва клетчаткасига қон қуюлишига гематома деб аталади. Асосан бунда вена қон томирлари шикастланади. Бунга асосий сабаб туғруқнинг тез ўтиши натижасида ҳомила бошининг сиқилиб қолиши, акушерлик операцияларидир (эмбриотомия, краниотомия — ҳомилани қисқич ёрдамида туғдириш ва бошқаларда). Гематома чаноқ тубининг асосий мускули (m. levatar ani) нинг устида ёки остида жойлашган бўлиб, ҳомила туғилгандан кейин намоён бўлади. Баъзан бундай ҳолатни туғруқнинг II даврида ҳам кузатиш мумкин. Клиник кўриниши анча характерли бўлиб, жуда қисқа муддат ичида ташқи жин-

сий аъзо шишиб, кўкара бошлайди. Гематома катталашган сари бемор кучли оғриқдан шикоят қилади. Бунга сабаб шу қон қуйилган жой таранглаша бориб, нерв охирларини қитиқлайди. Баъзан қон кўп қуйилгани учун аёлда ўткир камқонлик ҳолати кузатилади. Баъзан гематома тешилиши ва ташқарига қон қуйқалари оқиши мумкин.

Даволаш асосан гематоманинг катта-кичиклигига ва унинг ҳолатига боғлиқ. Агар гематома кичкина бўлиб, ортиқ катталашмаса, бунда даволаш консерватив усулда олиб борилиб, у гематома соҳасига музли халтача қўйиб қўйиш (2 соатдан ошмаслиги керак) кифоя қилади. Бунда гематома ортиқ катталашмайди. Агар инфекция тушмаган бўлса, аста-секин шимилиб кетади.

Агар гематома катталаша борса, унда гематома сатҳидан қисиб, қон қуйқаларини олиб, шу қонаётган қон томир бойланади. Агар инфекция туфайли гематома йиринглай бошласа, дарҳол уни очиб, даволаш лозим бўлади.

ҚОВ БЎҒИМИ (СИМФИЗ) НИНГ АЖРАЛИШИ

Одатда, қов бўғимининг ажралиши камроқ кузатилади. Маълумки, ҳомиладорликда чаноқ бўғимлари (релаксант таъсирида) юмшаб қолади. Релаксантни сариқ тана ва плацента ажратади. Бу релаксант бачадон пайларини, бачадон бўйнини, қин, чот ҳамда чаноқ бўғимларини юмшатади, уларнинг чўзилишини осонлаштиради. Ҳомиладорликнинг охирида релаксантлар миқдори ошади.

Ҳомиладор аёлни рентген ёки ультратовуш ёрдамида текширилганда симфиз бўғимининг кенгайганлиги кузатилади. Баъзан аёллар ҳомиладорлик муддати ошган сари симфиз соҳасидаги оғриқдан шикоят қиладилар.

М.Ф.Айзенберг ўтказган рентгенологик текширишлар шуни кўрсатадики, туғруқнинг биринчи даврида (биринчи туғруқда) симфиз бўғимининг оралиғи 3 мм қайта туғаётганларда 7,5 мм кенгайган бўлади.

Симфиз бўғимининг бундай кенгайиши биринчи маротаба туғаётганларда 35 фоиз, қайта туғаётганларда 60-65 фоиз ҳолларда учрайди.

Қов бўғимининг ажралиши икки хил бўлади: а) ўзўзидан, б) зўрма-зўраки ажралиши.

Симфиз бўғимининг ўз-ўзидан ажралиши туғруқ жараёни нормал кечганда кузатилиши мумкин. Зўрма-зўраки ажралиши кўпроқ ҳомилани туғдиришда қўлланиладиган операциялар (қисқич қўйиш, ҳомилани майдалаб олиш, эмбриотомия ва краниотомия) да кузатилади.

Баъзан бачадон ичи қўполлик билан текширилганда ҳам қов бўғими ажралиши мумкин.

Қов бўғимининг ўз-ўзидан ажралиши ёки чўзилишига ҳомиланинг катта ва туғруқ дардининг кучли бўлиши, ҳомиланинг бачадонда нотўғри жойлашиши ва баъзан ҳомила бошининг кичик чаноқнинг кириш қисмига нотўғри жойлашиши, туғруқни нотўғри бошқариш, ҳомиланинг бир ҳолатдан иккинчи ҳолатга айлантириш жараёнида, ҳомила чаноқ қисми билан келганда уни туғдириш жараёнида (тортиб туғдириш) кузатиш мумкин.

Юқорида санаб ўтилган операциялар қўполлик билан бажарилганда симфиз бўғими зўрлик билан йиртилади. Унинг йиртилганини аниқлаш унча қийин эмас.

Аёл шу бўғим соҳасида оғриқ сезади, оғриқ оёқни қимирлатганда, ўринда айланганда зўраяди. Ташқаридан пайпаслаб текширилганда симфиз бўғимига ажраш даражасига қараб бармоқларни киритиш (2-3-4- ва бошқ.) мумкин бўлади. Қов бўғимини босганда бемор оғриқдан шикоят қилади.

Қов бўғими ажралишини даволашда бемор ўрнида, чаноқ соҳасини бинт билан бойлаган ҳолда ётиши керак. Бинт устига 2 кг оғирликда қум ёстиқча қўйиб, оғирлик аста-секин 8 кг гача оширилиб борилади. 2-3 ҳафтадан кейин рентген ёки ультратовуш орқали текширилади. Бўғимдаги ажралган жой битган бўлса, аёлга секин-аста туриш учун рухсат берилади. Агар симфиз бўғимининг йиртилганига ўз вақтида ташхис қўйилмаса, тўқималарнинг яллиғланиши (симфизит) вужудга келиб, йиртилган тўқиманинг битиши қийинлашади. Агар ўз вақтида ташхис қўйилмаган бўлса, аёл туриб юра бошлаганда кучли оғриқ сезади, ғозга ўхшаб чайқалиб юради. Бундай аёллар албатта ортопед-мутахассисга мурожат қилишлари керак бўлади. Ортопед бунда бўғим четларини бир-бирига яқинлаштириб тикиш операциясини қўллайди. Бу ҳол аёл учун албатта анча оғир ҳолатдир. Симфиз бўғими-

нинг бундай жароҳатланишини олдини олиш шифокорлардан туғруқ жараёнини тўғри бошқаришни талаб қилади.

Валхер туғруқ жараёнида симфиз бўғимининг кенгайишини назарда тутган ҳолда тор чаноқларда ўз усулини тавсия этади. Бунда аёл туғруқ кровати четига ётган ҳолда оёқларини кроватдан пастга осилтириб олади. Бироз шу ҳолатда ётиши давомида симфиз бўғими қисман очилади (0,5 см), натижада кичик чаноқнинг тўғри ўлчамига 0,5 см қўшилиб кенгаяди. Бу усулда агар ҳомила бош ўлчами бир хил бўлиб (Вастен ва Цангиместр белгилари бўйича), бош чаноқ кириш текислик сатҳида турган бўлса, Валхернинг фикрича, шу қўшилган 0,5 см чаноқни кенгайтириб, ҳомила бошининг чаноқ ичига суқилишини осонлаштиради деб фикр юритади. Биз бу усулдан деярли фойдаланмаймиз.

ҲОМИЛАДОР БАЧАДОНИНИНГ ЧАНОҚ ИЧИДА ҚИСИЛИБ ҚОЛИШИ

Баъзи ҳолларда бачадон атрофидаги юмшоқ тўқиманинг яллиғланиши натижасида бачадон чандиқлар туфайли орқа томонга (думғаза) торгилиб қолади. Баъзан эса бачадоннинг орқага эгилиб қолишига қиз бола узоқ вақт қовуғини сийдикдан бўшатмасдан юриши натижасида бачадон нормал ҳолига (anteflexio) қайта олмаслиги сабаб бўлади. Бачадонга ҳомила тухуми жойлашгандан кейин у ўсган сари бачадон ҳам катталаша боради. Аммо бачадон қўзғалувчан бўлишига қарамай думғаза (промоториум) унинг думғаза чуқурчасидан чиқишига тўсқинлик қилади. Шунинг учун ҳомиладор бачадони чаноқ ичида суқилиб қолади. Бундан ташқари, агар бачадон чандиқлар туфайли ҳам қўзғала олмаса, унда бачадон тортилиб чаноқ ичидан чиқа олмайди. Яна бошқа сабаблардан бири чаноқдаги ўсмалар, кичик чаноқ тўғри ўлчамларининг (айниқса киришини) тор бўлиши ҳам ҳомиладор бачадоннинг чаноқ ичидан чиқишига йўл қўймайди, натижада у сиқилиб қолади. Бу ҳолат қўшни аъзоларда қовуқ ва тўғри ичак фаолиятига путур етказади. Баъзан ички сийдик йўлини ва ҳатто буйраклар фаолиятини ҳам бузади.

Баъзан ҳатто юпқалашиб, йиртилган ташқи сийдик йўлидан ихтиёрсиз ташқарига сийдик ажралади (пародоксал ишурия). Бунда сийдик оз-оздан ажралиб, қовуқ тўла ҳолича қолаверади. Бундай ҳолларда инфекция жуда осон авж олиб, қовуқнинг яллиғланиши (цистит, пиелонефрит, сепсис) вужудга келиши мумкин ва гангренага учраши, ҳатто унинг ёрилиши натижасида перитонит вужудга келиб, бемор ўлимига сабаб бўлиши мумкин. Бачадон чаноқ ичида суқилиб қолиши натижасида ҳомила ўса олмайди, ниҳоят, бу аборт билан ёки унинг ўлими билан тугайди. Бачадон чаноқ ичида суқилиб қолганда ҳомиладорликнинг учинчи ойи охирида аёл тез-тез томчилаб сияди, қорин девори орқали пайпаслаганда қовуқнинг юпқа девори ва унинг анча юқорига, ҳатто киндиккача кўтарилгани аниқланади. Катетер ёрдамида чиқариладиган сийдик кўп бўлиб, анча туриб қолганлиги аниқланади. Қин орқали бачадон бўйни қов суягига яқин, қин гумбазлари анча дўппайганлиги кузатилади. Чаноқ ичида суқилиб қолган бачадонни тўғрилаш учун, яхшиси, ҳомиладорликнинг учинчи ойи охиридан бошлаб катетер ёрдамида қовуқни бўшатилади. Кейин аёл тиззаси ва тирсагига суянган ҳолда ётади. Ўнг қўлни агар врач чапақай бўлса, чап қўлнинг ўрта бармоғини қинга суққан ҳолда орқа қин гумбази орқали ҳомиладор бачадон тубини аста юқорига суради. Шу йўсинда ҳомиладор бачадони чаноқ ичидан чиққандан кейин аёлни чалқанча ётқизиб, чаноқ қисмини юқорига кўтариб қўйилади. Баъзан шиллиқ қавати некрозланиб кўчиб тушган ёки ҳомиладор бачадон туфайли ташқи сийдик чиқазиш йўли кучли сиқилгани учун катетер қўйиш мумкин бўлмайди, бундай ҳолларда қорин девори орқали игна ёрдамида қовуқни аста бўшатилади. Баъзан ҳатто қорин девори орқали қовуққа дренаж қўйиб қўйиш керак (Sectio alta). Агар ҳомиладор бачадонини чандиқлар туфайли тўғрилашни ва қовуқни сийдикдан бўшатишни иложи бўлмаса, унда врач қорин девори орқали бачадон билан чаноқ девори оралиғига қўлини қин сатҳи билан киритиб, бармоқлар ёрдамида арралаган каби чандиқдан ажратилади. Сўнгра қовуқни катетер ёрдамида бўшатилади. Баъзи муаллифларнинг фикрича, бачадоннинг тўғри сақланиб туриши-

ни таъминлаш учун унинг думалоқ бойламини (lig. rotundum) қисқартириш операциясидан фойдаланиш мумкин, деб талқин этадилар.

XXIV БОБ

ЧИЛЛА ДАВРИНИНГ ФИЗИОЛОГИЯСИ

Йўлдош туғилиб бўлгач туғруқ жараёни тугаб, аёл чилла даврини бошидан кечиради. Чилла даври 6-8 ҳафта давом этиб, ҳомиладорликда ва туғруқда аёл организмида бўлган ўзгаришлар аста-секин орқага қайтиб, йўқола бошлайди. Бу даврда кўкрак безларининг сут ажратиш фаолияти вужудга келади. Бошқа аъзо ва системаларда ҳам функционал жиҳатдан янгиланиш бошланади.

Туққан аёл чилла даврининг дастлабки кунларида айниқса парваришга муҳтож бўлади, шунинг учун у туғруқхонада врач ва акушер назоратида бўлиши керак.

Бачадонда йўлдош ўрнидаги юза ва туғруқ йўлларидаги жароҳатларга инфекция тушиши мумкин бўлгани учун (агар бирор патологик ҳолат вужудга келса) ҳарорат кўтарилса, шифокор ўз вақтида керакли даво чораларини қўллайди.

Чилла даврининг биринчи соатларида аёлни синчковлик билан кўздан кечириш керак бўлади. Чунки бачадон мускулларининг бўшашиб, қисқариш хусусиятининг сусайиши (гипотония) натижасида қон кетиб қолиши мумкин. Шунинг учун аёлни кузатаётган мутахассис бачадоннинг қисқариши ва жинсий аъзолардан келаётган қон миқдори, аёлнинг томир уриши (пульси), қон босимини кузатиб бориши керак.

Баъзи патологик ҳолатларда (бачадон йиртилганда, туғруқ шоки, қоғоноқ сувининг қон томорларига кириши (эмболия), қон босими бирданига пасайиб, томир уриши тезлашиб кетади.

Айрим аёлларда эса эт увишишлик, лекин ҳароратнинг кўтарилмаслиги ёки бироз кўтарилиши кузатилади. Н.С.Бакшеев бу ҳолатни қон системасига озгина қоғоноқ сувининг ёки қолган қисмларининг тушишидан деб таъкидлайди.

Агар чилла нормал кечса, аёл туғруқхонада 8 кун туради. Мабодо, ҳомиладорликда бирор патологик ҳолат (камқонлик юрак касаллиги ёки бошқалар) бўлган бўлса ёки туғруқда туғруқ йўллари ва бут жароҳатланган бўлса, 10-12 кун ва ундан кўпроқ ётади. Жинсий аъзоларнинг чилла даврида аслига қайтиши (инволюция) қандай ўтишига тўхталиб ўтамиз.

Чилла даврида бачадон мускуллари нормал қисқарса, у қисқа муддатда қаттиқлашиб, бачадон деворининг қалинлиги 1,5-2,5 см бўлиб қолади. Бачадоннинг қон томир системаси мускуллари қисқариши натижасида сиқилиб деформацияга учрайди.

Умуман чилла даврида қон кетиши бутунлай тўхтайди, аммо чилла даврининг биринчи-учинчи кунида бачадондан бироз қон келиб туради. Келадиган қонда унинг элементлари ҳам бўлади. Ажраладиган лойқада (чиқиндида) бачадондаги ярали юза (плацента ўрни), децидуал қават парчалари бўлади. Плацента жойлашган юзадаги қон томирларда майда тромблар бўлади. Бўйин олди ва бўйин мускуллари шалпайган бўлиб, бармоқни бўйин каналига осонликча киритиш мумкин. Қин девори ҳам кенгайган ва бурмалари текисланган бўлади. Ташқи жинсий йириқ очилиб туради. Бачадон мускулларидаги ортиқча мускул тўқималари тезда йўқолади.

Агар чилла даврининг бошида бачадон оғирлиги 1000-1200 грамм бўлса, 6-7 хафтадан кейин 60-70 грамм бўлиб қолади.

Мускуллар ҳужайраси, қон томирларнинг нервлар структураси ва қўшимча тўқималар аста-секин йўқолади ёки бириктирувчи тўқимага айланади. Мускул ҳужайралари учун ёғли ҳужайраларга айланиш характерлидир. Натижада вужудга келган ёғ моддаси организм учун сарфланиб, хусусан кўкрак безларининг сут ишлаб чиқаришида иштирок этади. Бачадоннинг орқага тараққиёти нейро-гуморал система таъсирига боғлиқ. Бачадондаги қон айланиш системасининг ўзгариши бачадон қисқаришида асосий омил ҳисобланмайди.

Мунтазам кузатиш учун бачадон узунлиги сантиметр билан қов суягининг юқори четидан бачадон тубигача ўлчанади, у маълум қонунга асосланган ҳолда 1-1,5 см

га камайиб, туғруқхонадан кетиш олдида бачадон туби қов суягидан баландлиги 3-4 см дан ошмайди. Чилла даврида бачадон жуда қўзғалувчан бўлади. Агар сийдик қопи (қов) сийдикка тўлган бўлса, бачадон тўғрига, ичак ахлатга тўлган бўлса, юқорига кўтарилади. Бундай ҳолатларда олинган маълумот нотўғри бўлиши мумкин. Шунинг учун бачадон тубининг қов суягидан қанча баланд турганини, яхшиси, бир вақтда сийдик қопи ва тўғри ичак бўшагандан кейин кўриш мақсадга мувофиқдир.

Биринчи ҳафтанинг охирида бачадон 500-600 грамм бўлиб қолади, иккинчи ҳафтада 350 граммга, учинчи ҳафтада 200 граммга ва аста-секин камайиб боради.

Чилла даврида бачадон ўзининг секинлик билан қисқариш хусусиятини йўқотмайди, натижада у кичиклаша боради.

Бачадоннинг бу қисқариш хусусияти чақалоқни эмизган вақтда айниқса кучли бўлади. Қайта туққанларда бачадон қисқариши оғриқ билан ўтиши мумкин.

Қисқаришнинг сустланишини унинг субинволюцияси деб аталади.

Бундай ҳолларда бачадон мускулларининг таранглигини оширадиган дорилардан (питуитрин, окситоцин ва бошқ.) фойдаланилади.

Чилла даврининг биринчи кунларида децидуал парда парчалари, қон лахталари протеолиз жараёнига учрайди.

Бачадондаги ярали юзалардан яра суюқлиги ажралади. Бу суюқликни лоҳия деб аталиб, 2-3 кунларда у қонли характерда (lochia rubra), 4-6 кунларда қонли ҳам серозли (lochia rubra serosa) ва 7-9 кунларда серозли (lochia serosa) бўлади.

Лоҳиянинг характерига қараб бачадондаги яра юзасининг камайиши ва цилиндрик эпителий билан қопланиш жараёнини аниқлаш мумкин.

Децидуал парданинг базал қисмидан йўлдош кўчгандан кейин безлар қолади. У цилиндрик эпителий билан қопланғандан кейин ҳомила бўлмаган бачадоннинг шиллиқ пардасига ўхшаб қолади.

Йўлдош ёпишмаган бачадон деворининг бошқа қисмлари эса чилла даврининг 11-14-кунида, йўлдош ёпиш-

ган қисми 3-ҳафтанинг охирида эпителий билан қопланади.

Чилла даврининг 7-9-кунларида қин, бачадон бўйнидаги ва бутда бўлган яралар битади.

Бачадон бўйни мускулларининг таранглиги эса кечроқ аслига қайтади.

Туғруқдан бир сутка ўтгач бачадоннинг бўйин каналига 3-4 бармоқни киритиш мумкин бўлиб, унинг четлари шалпайган бўлади. Бўйин аъзо сифатида 3-4-кунлар охирида шаклланади. Аммо вақтинча етарли очиқ бўлади. Унинг ички тешиги фақат чилла даврининг 10-12-кунида бекилиб, ташқи тешиги эса анча кечроқ бекилади. Агар бачадон бўйни йиртилган бўлса, бўйнининг ташқи тешиги очиқ қолиб, бир умрга (агар кейин ҳам тикилмаса) сурункали яллиғланиш жараёнига шароит туғдиради. Бундан ташқари, рак касалини келтирувчи (ракдан олдинги касаллик) сабабларидан бири бўлиб қолади. Чилла даврида жинсий аъзоларнинг бошқа қисмларида ҳам орқага тараққий қилиш ҳолати кузатилади. Хусусан: бачадон бойламлари, қон томир системаси, ўлчам (бачадон атрофидаги тўқима) лари ҳам асли ҳолига қайта бошлайди.

12-14-кунларнинг охирида бачадон туби кичик чаноқнинг терминал чизиғидан юқорида бўлмайди. Чаноқ тубининг мускуллари ўзларининг қисқариш хусусиятини тиклаб олади.

Чилла даврида аёлнинг қон босимини, томир уриши (пульс)ни, тана ҳароратини кузатиб бориш катта аҳамиятга эга.

Баъзи туққан аёлларда чилла даврининг биринчи соатларида ҳарорат бироз кўтарилиши мумкин. Бу туғруқда умуман мускуллар хизматига боғлиқдир. Иккинчи маротаба 0,1-0,3 га кўтарилиши 40-60% аёлларда чилла даврининг 4-5 кунларида кузатилади. Бу ҳолат бачадонга микроорганизмлар кирганлигини, ундан баланд (37,6-37,8°) бўлса,бачадонда яллиғланиш жараёни бошланганини (эндометрит) билдиради.

Бачадондан лохия ажралмай ёки кам ажралиб ва бачадонда йиғилиб қолиши натижасида ҳам ҳарорат кўтарилиши мумкин.

Бундай ҳолларда бачадонни қисқартирувчи дорилар (питуитрин, окситоцин ва б.)дан укол қилиш, қов суяги юқорисига муз солинган халтача қўйиш ҳамда қин орқали қаралиб бачадон бўйин канали берк бўлса ёки сиқилиб (спазма) қолган бўлса, уни кенгайтириш зарур бўлади. Шундай қилинса, бачадон ичида қолган қолдиқлар оқиб тушади.

Аёлларнинг кўпчилиги чилла даврида ваготоник бўладилар, уларда томир уриши (пульс) секинлашган, яъни минутига 60 маротаба уриб, тўлалиги қониқарли бўлади. Агар томир уриши минутига 85-90 дан ошса, бу аёлда патологик қон кетиши, инфекцион жараённинг бошланиши ёки тиреотоксикоз (буқоқ безининг касаллиги) борлигидан далолат бериши мумкин.

Брадикардия (пульс тезлиги 60-65 дан ошмаса) бўлса, бу чилла даврининг нормал кечаётганини кўрсатади. Кўпчилик аёлларда бу даврда қон босими бироз пасайишини кузатиш мумкин.

Чилла даврида жинсий аъзолардан ташқари, бошқа аъзо ва системалардаги ўзгаришларни, хусусан ошқозон-ичак ва сийдик чиқариш системалари фаолиятини кузатиш, (агар ўзгариш сезилса) ўз вақтида ёрдам бериш керак бўлади.

Чилла даврининг 2-3 ҳафталарида сийдик йўлининг қисқариш хусусияти аслига қайтади.

Қовнинг фаолияти кўпчилик ҳолларда анча издан чиқади. Аёлларда сийиш истаги бўлмайди ва улар ётган ҳолда сия олмайдилар. Сийдикка тўлиб кетган қов бачадоннинг ҳолатини ўзгартириб, уни юқорига кўтаради, ниҳоят, унда орқага қайтиш жараёни (инволюция) сусаяди ёки тўхтайди. Чилла даврининг дастлабки кунларида сийдикнинг тутилиб қолишига сийдик чиқазиш канали ўзи ёки қисмларини қисадиган ҳалқаси шишгани ёки жароҳатлангани сабаб бўлиши мумкин. Бу ҳолат одатда 2-3 кунда ўтиб кетади. Шунга қарамасдан аёлнинг тезроқ мустақил сийишини таъминлаш учун жўмрак ёки чойнакдан унга кўрсатиб сув қуйиш (бунда рефлектор таъсир кўрсатган бўламиз) ва питуитриндан укол қилиш қисман ёрдам бериши мумкин. Агар бунда ҳам керакли натижага эришилмаса, катетер ёрдамида, асептика ва антисептикага риоя қил-

ган ҳолда сийдикни чиқариб турилади. Ҳозирда чилла даврининг иккинчи куниданоқ (агарда аёл нормал туққан бўлса) ўрнидан туриши мақсадга мувофиқдир.

Шунингдек бу даврда ичаклар фаолияти ҳам сусайган бўлади. Шунинг учун кўпинча аёлларда қабзият кузатилади. Бунда ичакларнинг пастки қисмини ҳуқна ёрдамида бўшатиб, унинг юқори қисми фаолиятини ошириш мумкин.

Қорин бўшлиғининг олдинги девори аста-секин ўз тонусини (таранглаиш) тиклаб олади.

Stria gravidarum ва қорин девори тўғри мускулларининг бирмунча бир-биридан ажралгани аёлнинг ҳомиладорликни бошидан кечирганлигидан дарак беради. Чилла даврига хос бўлган бадан тарбия машғулотлари қорин девори мускулларининг тонусини ва ичаклар фаолиятини яхшилайди.

Чилла даврида сут безининг фаолияти бошланади. Ҳомиладорликнинг биринчи ҳафтларидаёқ гипофиз ва жинсий безларнинг гормонлари таъсирида сут безларида без эпителиялари кўпая боради. Безларнинг бўлаклари (17-20 бўлак бўлади) анча қаттиқлашади ва буни аниқлаш осон бўлади.

Безларни сиққанда лойқароқ оқ суюқлик ажралади. Аммо сут безининг ҳақиқий секрети — сут, йўлдош жинсий гормонлар ва гипофизнинг пролактин ажратиш фаолияти тугагандан кейингина ажарала бошлайди. Сут безларида чилла даврининг дастлабки кунларида (5 кун давомида) ажраладиган суюқликни оғиз сути (молозиво) дейилади.

Оғиз сути оқсилнинг кўп бўлиши (2,25% гача) билан характерлидир.

Чилла даврининг 4-5-кунидан 15-18-кунигача сут безидан оралиқ сут, ундан кейин ҳақиқий, таркиби турғун сут ажрала бошлайди.

Сут безларидаги секрет чиқарадиган ҳужайралар сутни сут йўлларига чиқазади. Сут йўллари дарахт шохига ўхшаб кетади, уларнинг ҳаммасидан сут бир йўлга қуйилади, ҳар бир без бўлакларининг ўзларига хос сут чиқариш йўллари бўлади. Уларнинг кўкракези тугмачаси соҳасида чиқазиш тешиклари бор. Кўкракези тугмача-

си мушак ва қўшимча тўқимадан ташкил топган ҳалқача билан ўралган бўлиб, бу қисиш (сфинктер) хусусиятига эга, шунга кўра сут ўз-ўзидан оқиб кетмайди. Сут безлари одатда чилла давринииг 3-4-кунларидан бошлаб секрет ажрата бошлайди. Бунда кўкрак бези сут йўлларидаги безлар эпителийсидан ажралган сут ҳисобига катталашиб қаттиқлашади, безлар тугмачаси текислашади. Баъзи аёлларда сут йиғилиш жараёнида бироз (0,4-0,5°) ҳарорат кўтарилиши (сут иситмаси) мумкин. Бунинг сабабини баъзилар сутнинг қисман қон томир системасига тушишидан деб ҳисоблайдилар. Иситма чиқиши қисқа муддат давом этиб, 37-37,8° дан юқори кўтарилмайди. Агар иситма янаям кўтарилиб кетса, бу инфекцион жараён бошланганидан дарак беради.

Илгарилари чақалоқни туғилгандан кейин 6-12 соат ўтгач эмизиш тавсия этилар эди, ҳозирда эса бола туғилгандан кейин 1,5-2 соат ўтгач эмизиш яхши натижа бераётгани исботланди.

К.А.Зуфаров ва бошқаларнинг олиб борган кузатишларидан маълум бўлишича, чақалоқни эрта эмизганда бу унинг сийдик системасига, хусусан буйрак фаолиятига ижобий таъсир этар экан. Бу электрон микроскоп ёрдамида ҳар томонлама аниқланган.

Дастлаб эмизишда кўкракда камроқ секрет бўлгани учун, чақалоқ кам сут сўради. Шунга қарамасдан чақалоқнинг кўкрак эмиши безнинг сут ишлаб чиқиш фаолиятига рефлектор равишда ижобий таъсир кўрсатади. Чақалоқнинг сўриши шартсиз рефлексни кучайтиради.

XXV БОБ

ЧИЛЛА ДАВРИДАГИ КАСАЛЛИКЛАР

Чилла давридаги патологик ҳолатларга септик ва септик бўлмаган касалликлар киради.

Септик касалликлар чилла даврида асосий ўринни эгаллайди, лекин шу билан бир қаторда септик бўлмаган касалликлар ҳам кўп учраб туради. Улардан баъзилари ҳомиладорликда пайдо бўлган касалликларнинг давоми ёки ҳомиладорлик ва туғруқ натижасида вужудга келган ка-

салликлардир, бундай касалликларга сийдик йўли хасталиклари киради.

СЕПТИК БЎЛМАГАН КАСАЛЛИКЛАР

Туғиш жараёнида вужудга келган оғир асоратлар, жароҳатлар чилла даврида турли оғир ҳолатларга сабаб бўлиши мумкин. Хусусан сийдик оқмалари шу жароҳатланишнинг натижасидир.

Сийдик оқмаларининг белгилари сийдикни тута олмасликдир. Бу оғир ҳол туғруқдан кейин орадан бир неча кун ўтгач аниқланади (чунки некрозланган тўқима бир неча кундан кейин кўчиб тушиб, ўрнида тешик қолади).

Бундай оқмалар қовуқ жароҳатланганда (ҳомилани туғдириш учун қисқич қўлланилганда, ҳомила бошини тешганда), перфорация ва шу каби бошқа ҳолларда рўй бериши мумкин. Қовуқни асбоблар билан жароҳатлашдаги сийдик оқиши, тўқималар қисилиши натижасида пайдо бўлган оқмалардаги сийдик оқишдан бемор сийдигини туққани ҳамоноқ тута олмаслиги билан фарқ қилади. Кўрсатиб ўтилган сабаблардан ташқари, ташқи сийдик чиқариш йўли (уретра) сфинктерининг (қисқичи) бўшашиши ҳам сийдикни тута олмасликка сабаб бўлади. Баъзан аёл сийганда ачишиш, оғриқ ва тез-тез сийишдан шикоят қилади. Бу циститнинг (қовуқнинг яллиғланиши) клиник кўриниши бўлиб, бунда сийдик одатда лойқа ва баъзан қон аралаш бўлади.

Туғруқ шоки туғиш тугаши биланоқ пайдо бўлиши мумкин, лекин бундай ҳолат, одатда, йўлдош тушгандан кейин кузатилади. Туғруқ шоки, одатда туғруқ кучли оғриқли ёки жуда тез бўлганда, оғир ҳомиладорликда, туғруқни операция йўли билан ўтказилганда, организм ҳолсизланганда ва оғир қон кетиши рўй берганда вужудга келади.

Ҳомиладорлик токсикозларининг олдини олиш, узоқ давом этган ва оғир ўтаётган туғруққа акушерлик ёрдами кўрсатиш, умуман туғруқ ва чилла даврининг тўғри бошқариш шокка қарши асосий профилактика чораларидан бири ҳисобланади (шокнинг клиникаси шок бобида берилган).

Чилла давридаги психозлар. Чилла давридаги психозлар нерв системаси бўш бўлган, турли таъсиротларга осон берилувчан аёлларда кузатилади. Чилла давридаги психозлар ҳомиладорлик ва туғруқ давридагига қараганда кўпроқ учрайди.

Бу хил психозлар бир-биридан клиник шакли билан ҳам фарқ қилади. Ҳомиладорликда психик бебошлик (парокандалик, тартибсизлик) авж олади, чилла давридаги психозларда эса беморда ҳаяжонланиш (қўзғалувчанлик), кўзга ҳар нарса кўриниши, жуда хушчақчақлик ёки, аксинча, руҳий тушкунлик ҳолати рўй беради.

Чилла даври психозларига учраган беморларни, албатта, руҳий беморлар касалхонасига юбориш зарур.

Одатда чилла даври психозлари чилла даврининг биринчи ёки иккинчи хафтасидан бошланади ва тегишли даволаш усулларини қўллаш натижасида бемор тезда соғайиб кетади.

Баъзан касаллик бир неча ойга чўзилиши мумкин. Касалликнинг давомли ва турғун характерда бўлиш (бир йилгача давом этиш) ҳоллари кам учрайди.

ЧИЛЛА ДАВРИДАГИ ИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАР

Чилла давридаги инфекцион касалликлар мураккаб патологик ҳолат бўлиб, инфекцияланган (организмга микроб кирган ёки илгаридан бор) организмда иммунобиологик жараёнлар фаоллигининг сусайишидан вужудга келиб, микроб ва макроорганизмнинг бир-бирига муносабатига боғлиқ бўлиб, бунда микроорганизм асосий аҳамиятга эга. А.М.Чернуханинг айтишича, тўқима зарарланган бўлса, бунда организмнинг қарши кучига боғлиқ ҳолда ёки қисман нерв элементлари дистрофияси кузатилади. Яллиғланиш реакциясининг кечишида шу нерв системаларининг трофик фаолияти катта аҳамиятга эга. Аммо ҳозирги кузатишларга қараганда бу патология яллиғланиш жараёнининг кечиш ҳолатига, касаллик қўзғатувчи микроорганизмнинг — инфекция манбаининг ҳолатига ва туғруқхонадаги эпидемиологик шароитига боғлиқдир.

Туққандан кейин бачадонда кенг ва кўп қон томирлар билан таъминланган ярали юза қолади (плацента ёпиш-

ган жой). Одатда, бачадонда қон лахталари ва баъзан ҳомила пардасининг парчалари қолиб, улар инфекцион жараённинг ривожланишига қулай шароит туғдиради.

Узоқ давом этган туғруқда етарли оғриқсизлантирилмаганда, йўқотилган қоннинг ўрнини тўлатилмаганда, тўқималарнинг жароҳатланишида, қўпол қилинган акушерлик операциялари натижасида аёл организмида чуқур ўзгаришлар вужудга келади. Бундай ҳолатда организмнинг иммунологик реактивлиги камайиб кетади.

Кўпинча оқсил алмашинуви, айниқса йўқотилган қоннинг ўрни тўлатилмаган бўлса, жиддий ўзгаришларга сабаб бўлади. Ярали юзаларга, эзилган тўқималарнинг ўрнидан бузилиб кўчиши, токсинлар таъсири натижасида денатурацияга учраган оқсиллар қон томирига ўтади. Оқсил алмашинувининг издан чиқиши ва жароҳатланиш натижасида тўқималарда қон оқишининг бузилиши қон қуюлиш жараёнига салбий таъсир қилади ва тромбознинг тараққий қилишига шароит туғдиради. Яллиғланиш жараёнига эрта ташхис қўйиш ва касаллик нима билан тугашини аниқлашда лейкоцитларнинг цитокимёвий ўзгаришлари, оқсил алмашинувининг ҳамда бир қатор специфик ва специфик бўлмаган иммунитетларнинг кўрсаткичлари ёрдам беради. Инфекцион касалликларнинг вужудга келиши кўпинча юрак-томир касаллиги билан оғриган аёлларда, камқонликда, сийдик йўли касаллиги (пиелонефрит)да, тери ва тери ости клетчаткаларининг яллиғланишида ҳамда грипп касаллигида кўпроқ учрайди.

Бундай касалликлар билан оғриган аёлларда чилла даврининг инфекцион касалликлари (эндометрит, перитонит, сепсис, мастит ва бошқалар) кўпроқ учраб, айниқса кесарча кесиш операциясидан кейин тикилган жойнинг йиринглаши, эндометрит ва перитонитнинг вужудга келиш хавфи кўп бўлади.

Септик касалликларни асосан (40% ҳолатда) стрептококк, стафилококк таёқчалари қўзғатади. Лекин бошқа микроблар (ичак таёқчаси, гонококк, газ гангренасини қўзғатувчи микроблар ва бошқалар) ҳам чилла давридаги касалликларни қўзғатувчилар қаторига кириши мумкин.

Аёл организмига ташқаридан кирувчи инфекция манбаи бўлиб, аввало туғруқни олиб борувчи врач ва аку-

шерканинг қўллари тоза бўлмаслиги, тиббиёт асбобларининг яхши стерилланмаганлиги, шунингдек кийим-кечаклар, парвариш буюмлари, атрофдаги асбоб-анжомлар (жиҳозлар) ҳам сабаб бўлиши мумкин. Шулар орқали ўтадиган инфекцияларни экзоген инфекциялар деб аталади. Агар жароҳатланган юзаларга туғруқдан илгари аёл организмида бўлган микроблар чилла даврида бирор касалликни қўзғатса, бу эндоген инфекциялар қаторига киради. Лекин туғиш йўлларидаги жароҳатланган юзаларга кирган микроблар ҳамма вақт касаллик пайдо қилавермайди. Бу организмнинг бақувватлигига ва унинг қаршилак кўрсатиш қобилиятига боғлиқдир.

Организмнинг қаршилик кўрсатиш кучи кам бўлса, унга кирган инфекция ривожланиб, касалликни вужудга келтиради ва бу септик касаллик оғир ўтади.

Шунингдек касалликнинг пайдо бўлиши ва тарқалиши микроб таначаларининг вирулентлигига ҳам боғлиқ.

Инфекция 4 хил йўл билан тарқалади:

1) лимфа йўллари орқали;

2) қон томирлари орқали;

3) каналикуляр йўл, яъни бачадон бўйни канали орқали ички жинсий аъзоларга тарқалиши;

4) юза бўйича тарқалиш. Бунда инфекция жароҳатланган юзанинг унча катта бўлмаган қисмидан тарқалади. Шунингдек инфекция аралаш йўл билан ҳам тарқалиши мумкин. Бу хил тарқалиш бир вақтнинг ўзида юқорида кўрсатилган ҳамма йўллар орқали бўлиши мумкин. XVII—XVIII асрларда чилла даврида оналар ўлими кўп учрар эди. Аммо у вақтларда касалликларнинг сабаблари аниқ бўлмагани учун касаллик номини "туғруқ жонсараклиги" деб аталар эди. Фақат XIX асрнинг иккинчи ярмида Земмельвейс инфекциялар аёлларнинг туғиш йўлларига ташқаридан киришини ва бунинг олдини олиш мумкин эканлигини айтиб берди. У инфекциянинг қўл ва асбоб-ускуналар орқали юқиши ҳамда аёл ўзи-ўзига юқтириши мумкин эканлигини исботлаб берди.

Земмельвейс чилла даврининг профилактикаси сифатида хлорли сув билан дезинфекция қилишни тавсия этди. Лекин унинг бу назарияси бактериологик фан тараққий этгандан кейин ва Земмельвейс вафотидан кейингина эътироф қилинди.

Шу вақтдан бошлаб чилла давридаги инфекцион касалликларнинг пайдо бўлиш сабаблари ва патогенезини кенг миқёсда ўрганилмоқда ва уларни махсус даволаш чоралари ишлаб чиқилаётир.

ЧИЛЛА ДАВРИДА РЎЙ БЕРАДИГАН ИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАР ТАСНИФИ

С.В.Сазанов ва А.Б.Барительс томонидан таклиф қилинган чилла давридаги инфекцион касалликларнинг таснифи септик жараёнларнинг тараққиёт босқичини билиш, уларнинг динамикасини ўрганишга қулайлик туғдиради.

Биринчи босқич. Инфекция туғиш йўлларидаги жароҳатларга жойлашган бўлиб, фақат чилла давринининг эндометрити ва яраси сифатида (бачадон бўйнида, қинда, вульвада, чотда) намоён бўлади.

Иккинчи босқич. Жароҳат соҳасидан тарқалган чаноқ бўшлиғидаги жинсий аъзоларнинг яллиғланиши жараёнидан иборат. Бунга метрит, параметрит, сон веналарининг чегараланган тромбофлебитлари, аднексит, пельвеоперитонитлар киради.

Учинчи босқич. Кенг тарқалган диффузлашган перитонит, зўраювчи тромбофлебитлар.

Тўртинчи босқич. Инфекция бутун организмга тарқалган (септицемия, метастазли сепсис, септикопиемия)лар.

Чилла давринининг турли септик касалликлари клиник кўриниши жиҳатидан бир-бирига ўхшайди. Бундай касалликларда ҳарорат кўтарилиб, томир уриши тезлашади (касаллик оғир кечганда томир уриши минутига 100 дан кўп бўлади), юрак, овқат ҳазм қилиш ва нафас олиш аъзолари ва буйрак фаолияти бузилади, қонда эритроцит ва гемоглобин миқдори камайиб, лейкоцитлар кўпаяди, СОЭ тезлашади.

ЧИЛЛА ДАВРИДАГИ ЯРАЛАР

Чилла давридаги яралар деб қин олди, қин ва бачадон бўйнидаги яраларга айтилади. Л.И.Бубличенко таснифи бўйича ўзининг келиб чиқиши билан бу хилдаги яраларни 3 гуруҳга бўлинади.

1. Кимёвий, термик ва механик таъсирлар натижасида жароҳатланиш.

2. Қин кириш қисми, қин ва бачадон бўйнининг касаллиги.

3. Туғруқда жароҳатланган юзаларнинг ва клетчаткаларнинг битмасдан ярага айланиши.

Ҳозирда кимёвий ва механик жароҳатланишлар чилла даврида деярли учрамайди.

Шу қисмларнинг инфекция туфайли зарарланиши маҳаллий яллиғланиш жараёни билан намоён бўлади. Аммо бунда ҳам чуқурроқ жойлашган тўқималарнинг зарарланиши туфайли флегмоналар, кенг соҳада некроз ва анаэроб инфекцияларнинг жойли зарарланиши (пузирчатка), пуфакли тошмалар бўлиши мумкин. Органлардаги тикилган жойлар инфекция кириши учун қулай манба бўлиб ҳисобланади. Бу ерларда инфекция тез тараққий қилади. Агар тўқима оралиғида, айниқса тикилган участкада қон лахталари йиғилган бўлса, бу ер кўпроқ яраланиши мумкин. Чилла давридаги яраларнинг умумий белгиларидан бири — тана ҳароратининг кўтарилишидир. Яллиғланган жой қанча катта бўлса ҳарорат шунча баланд бўлади. Оғир ҳолатларда: хусусан йиринг ва некроз тўқималаридан тозаланиш (битиш жараёни) ўз вақтида бўлмаса, маҳаллий жараён инфекцион касалликларнинг оғир формасига ўтиб кетишига, ҳатто сепсисга сабаб бўлади. Бунда тана ҳарорати 38-40° га кўтарилиб, гектик характерни олади. Эт увишиши, болдирлар соҳасида оғриқ, чанқаш ҳолатлари, яллиғланиш жараёни кенг тарқалганда, йиринглаганда ва йиғилган йиринг тўпланганда кузатилади.

Яралар юза жойлашган бўлса, қонда деярли ўзгариш кузатилмайди. Агар жараён чуқурроқ тўқималарга ҳам тарқалган бўлса, қонда лейкоцитоз, нейтрофил формуласи чапга сурилган ва СОЭ кўтарилган бўлади.

Агар тикилган жойда яллиғланиш жараёни бўлса, унинг бирламчи битиши кузатилмайди. Бунда яллиғланиш жараёнининг қандай кенгликда тарқалганини синчиклаб текшириш керак. Агар қин ойналари ёрдамида текширилса (энг яхшиси симс ойнаси), шу жароҳатланган соҳа қизарган, баъзан тўқ қизил рангда, жароҳат четлари некрозланган фибринли плёнкалар ва баъзан эмфиземага ўхшаб,

эпителиянинг юзаки қавати кўтарилиб, газли пуфакчалар (анаэроб микроб тушган бўлса) кўринади. Кўпинча шу соҳада инфильтрат тарқалгани кузатилади.

Умумий даволаш чоралари фақат интоксикация ҳолатларида қўлланилади.

Агар тикилган соҳа яллиғланган бўлса, унда тикилган ипни сўкиб ташлаш, яраланган соҳадаги тўқималар таранглигини камайтириш, шу соҳада қон айланишини изга тушириш билан жараённи енгиллатишга эришилади. Касалликни вужудга келтирган микроб турини ва уни антибиотикка сезгирлигини аниқлаш учун экма олинади.

Агар жараён чуқурроқ тўқималарга тарқалиб йирингланган бўлса, унда ярани очиб йиринг ва некрозланган тўқималарнинг оқиб чиқиши таъминланади. Яра соҳаси водород пероксиди ёрдамида тозаланади. Агар катта соҳа некрозланган бўлса, бунда ультрабинафша ва лазер нури яхши ёрдам беради.

Бунинг учун дезинфекция қиладиган суюқлик билан ярани тўлатилиб (фурациллин 1:5000) ультрабинафша нурни шу яра соҳасига яқинлаштиради. Бунда ультрабинафша нур аппарати (УРСК-7-Н)нинг учлигини шу фурациллин ичига суқилади ва 5-10 минут давомида ультрабинафша билан даволанади. Лазер билан жойли даволаш ҳам яхши ёрдам беради.

Ош тузининг гипертоник эритмасига ҳўлланган тампонни қўйиш ҳам мумкин. Ярага қўйилган бу тампон бир неча соат давомида ундаги йирингни ўзига шимиб олади ва некрозланган тўқиманинг ажралишини тезлатади, кейин унинг фойдаси бўлмайди, шунинг учун маълум вақт ўтгач бу тампонни алмаштириш, умуман уни бир суткада 3 марта алмаштириш керак бўлади. Ярага хемотрипсинга ҳўлланган тампонни қўйиш ҳам яхши фойда беради. Яллиғланиш жараёни кенг юзага тарқалган ва интоксикация кучли бўлган ҳолларда бактерияларга қарши даво чоралари қўлланилади. Бунда ўртача дозада кенг спектрли таъсирга эга бўлган антибиотиклардан фойдаланилади. Оғир интоксикация (заҳарланиш) ҳолати кузатилса, венага оқсилли моддалар, глюкоза, ош тузининг изотоник эритмасини ва витаминларни ишлатиш тавсия этилади. Яра

юзаси тозалангандан кейин ёғли (Вишневский мойи) тампонлар қўлланилади.

ЧИЛЛА ДАВРИДАГИ ЭНДОМИОМЕТРИТ

Чилла даврида энг кўп учрайдиган инфекцион касалликлардан бири — эндомиометрит ҳисобланиб, у патологик кечган туғруқ жараёнлари натижасида 18-20% учрайди. Маълумки, эндомиометритда яллиғланиш авж олишига организмнинг қаршилик кучи ва биологик реактивликнинг сустлиги сабаб бўлади. И.Р.Захнинг фикрича, организмнинг иммунологик реактивлик ҳолати пасайишидан сурункали кечадиган септик жараён вужудга келади.

Кузатишлар шуни кўрсатадики, чилла даври эндомиометрити ўзининг клиник кечиши билан гинекологик эндометритдан анча фарқ қилади.

Эндомиометритнинг классик турида унинг клиник белгилари кўпинча чилла даврининг 1-5-кунлари, камдан-кам ҳолларда 6-7-кунлари намоён бўлади. Одатда бунда ҳарорат 38-39° даражага кўтарилади. Баъзан ҳароратнинг биринчи кўтарилишида эт увишиб кетади. Томир уриши минутига 80-100 марта, ҳарорат кўтарилиши билан 120 ва ундан ҳам тез бўлади. Лейкоцитоз (лейкоцитлар миқдори) $10\text{-}15 \cdot 10^9$ г/л ча бўлиши кузатилади, СОЭ 16-45 мм симоб устунига кўтарилади. Кўп беморларда нейтрофиллар формуласининг чапга оғиши кузатилиб, бу ҳолат ҳароратнинг кўтарилиши билан биргаликда кечади. Пульснинг тезлашиши эндомиометритнинг бу шаклида жараённинг фаоллигини кўрсатади. 80-85% беморларда эндомиометритнинг классик формасида бачадоннинг оғриқли бўлиши (айниқса 3-4 суткаларда) кузатилади, баъзи беморларда бачадон бутун касаллик давомида оғриқли бўлади.

Эндомиометритда лохиянинг (бачадондан ажраладиган чиқинди) хусусияти ўзгаради. Одатда, олдин қонли, кейин йирингга айланади.

Баъзан, айниқса туғруқда эндомиометрит билан оғриган аёлларда лохия касалликнинг бошиданоқ йирингли характерни олиб, кўп ҳолларда ихороз (сассиқ) ҳидли

бўлади. Юқорида келтирилган белгилар 3-7 сутка давомида кузатилиб, даволаш натижасида ҳарорат нормаллашади, бачадонда оғриқ йўқолади, лохия ҳам нормал характерни олади. Қон ҳам 8+12 кун дамида нормал ҳолатга қайтади.

Агар туғиш жараёнида жароҳатланган юзалар тикилган бўлса, кўпинча тикилган соҳада яллиғланиш жараёни бўлади (бунда тикилган иплар ўз-ўзидан сўкилиб кетади).

Баъзи беморларда эндомиометритнинг классик формаси бошқа инфекцион касалликлар — цистит, цистопиелит, мастит, чилла даври яраси билан биргаликда кечиши мумкин.

ЭНДОМИОМЕТРИТНИНГ АБОРТИВ ФОРМАСИ

Касалликнинг бу формаси кўпинча чала туғганларда учрайди, аммо баъзан акушерлик операцияси йўли билан туғдиришда ҳам кузатилади. Касалликнинг клиник кўриниши чилла давринининг 2-4 суткасида намоён бўлади. Тана ҳарорати 38-39°С га кўтарилади, эт увишади, томир уриши тезлашиб, минутига 90-120 маротаба бўлади. СОЭ 15 дан 50 мм/с, лейкоцитлар сони 10 дан 14.10^9 г/л. Нейтрофиллар формуласи бир оз чапга сурилган бўлади. Бачадон суст қисқарган (чилла давринининг муддатига нисбатан катта) ва оғриқли бўлади. Лохия чилла давринининг 3-4 суткасида кўп беморларда тўқ, қизил, фақат 1/3 беморларда лохия бошданоқ йирингли бўлиб, 75% беморларда лохия сассиқ (ихороз) хидли бўлади. Агар тўғри даволанса 2-4 суткадаёқ тана ҳарорати пасайиб, бачадондаги оғриқ 5-суткадан бошлаб камайиб йўқолади. Бачадон кичиклашиб чилла давринининг муддатига тўғри келиб қолади. Лохияни характери даволашнинг 5-7 суткасида нормаллашади. Қондаги ўзгариш анча кечикиб (6-9 суткада) нормал ҳолга келади.

Касалликнинг абортив формаси ўрта ҳисоб билан 7 сутка давом этади.

Албатта касалликнинг давом этиши даволаш усулларига ҳам боғлиқдир. Эндомиометритнинг баъзан клиник кечиши жуда аниқ бўлмай, юқоридаги клиник белгилар

суст бўлиб, шунга ташхис қўйиш анча мураккаб бўлади. Касалликнинг бу тури нормал туғруқдан ва акушерлик операциясидан кейин вужудга келиши мумкин. Касаллик чилла даврининг 3-4 суткасида билина бошлайди, айниқса туғруқда эндометрит бўлганда касаллик белгиларини чилла даврининг биринчи кунидаёқ кўриш мумкин. Бунда ҳарорат 38-39° дан ошмайди, эт увишиши жуда кам кузатилади. Томир уриши ҳароратга мос бўлиб, лейкоцитоз $10\text{-}14 \cdot 10^9$ л, СОЭ 16-45 мм/с нитрофиллар формуласи унча ўзгармайди. Бачадон фақат қисман беморларда оғриқли қолганларида сустроқ бўлади. Бу ҳолат 3-8 сутка, баъзан 14-16 кун давом этади. Қисман беморларда лохия тўқ қизил (бўри) рангда, кўпинча қонли, сассиқ (ихороз) ҳидли бўлади.

Даволаш давомида 5-10 суткада тана ҳарорати пасаяди. Баъзи беморларда субфебрил ҳарорат 12-16 кун давом этади. Бачадон ҳам аста-секин ўз ҳолига қайтади. Қон эса 6-15 суткада, аммо баъзи беморларда 17-20 суткадагина нормаллашади.

Касалликнинг бундай формасида ҳам тикилган чоклар йиринглаб, ечилиб кетади. Шу билан бирга чилла даврининг яраси, мастит, пиелонефрит, пиодермия ва бошқа хилдаги ҳолатлар кузатилади.

Баъзан симфизит, чуқур веналарнинг трмобофлебитини ҳам учратиш мумкин. Эндомиометритнинг абортив формасида ҳарорат нормаллашганидан кейин бир неча кун ўтгач яна қайталаниш ҳолатини кузатиш мумкин. Умуман эндомиометритнинг абортив формаси ўртача 13-14 кун давом этади.

КЕСАРЧА КЕСИШ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ЭНДОМИОМЕТРИТ

Кесарча кесиш операциядан кейинги эндомиометрит кўпинча илгариги абортдан кейин, олдинги туғруқда турли яллиғланиш жараёни ва асоратларни бошидан кечирган аёлларда кўпроқ учрайди. Бундан ташқари, аёлларнинг ҳозирги ҳомиладорликда кечирган инфекцион касалликлари ҳам сабаб бўлиши мумкин. Туғруқ жараёнида ҳомила олди суви кетгандан кейин ўтган муддат ҳам катта аҳамиятга эга.

В.И.Кулаков ва бошқалар агар кесарча кесиш операциясини қоғоноқ ёрилмасдан қилинганда эндомиометрит 11%, сув олдин кетганда 23,3%, туғруқ жараёни бир сутка давом этса, 22%, агар бир суткадан кўп давом этса, 33,9% аёлларда учрашини аниқлаганлар.

Агар аёлни ҳарорати кўтарилган вақтда операция қилинса, эндомиометрит икки баробар кўп кузатилади.

Кўп муаллифларнинг айтишича, эндомиометритнинг вужудга келиши кесарча кесишни бачадоннинг қайси қисмида қилинишига боғлиқ эмас. Эндомиометрит кўпинча операциядан кейинги 1-2 суткада, баъзан 4-5 суткада намоён бўлади.

Тана ҳарорати 38-39°, баъзи ҳолатларда эса субфибрил бўлиши кузатилади. Баъзан ҳарорат 40° кўтарилиб, эт увишади. Томир уриши ҳароратга мос келади. Қонда СОЭ 26-45 мм/с, лейкоцитлар $10-14 \cdot 10^9$/л, баъзан $16 \cdot 10^9$/л ва ундан кўп бўлиши мумкин. Кўп беморларда бачадон оғриқли, лохиялар одатда дастлаб тўқ қизил ва сассиқ (ихороз) хидли бўлади. Ҳароратнинг кўтарилиши бачадоннинг оғриқли бўлиши 4 суткадан 8 суткагача давом этади. Баъзан бу белгилар 11-12 суткаларда аста-секин йўқолади.

Кесарча кесиш операциясидан кейин одатда бачадон кеч ва секин қисқаради. Шунинг учун бачадон анча катта, лохия лойқа, кўп, сувсимон баъзан худди гўшт ивитилган сувга ўхшайди ёки йирингли характерни олади. Фақат касалликнинг 9-10 кунида лохия нормалашади.

Қондаги ўзгаришлар 10-24 кунларда аста-секин нормал ҳолатга келади. Баъзан кесарча кесишдан кейинги эндомиометритнинг клиник кечиши жуда аниқ бўлмагани учун касалликни ўтказиб юбориб инфекциянинг тарқалишига шароит туғилади. Олиб борилган кузатишлардан маълум бўлишича инфекцияни тарқалмаслигида бемор организмининг иммунологик реактивлигининг роли катта экан.

Чилла давридаги эндомиометритда касалликнинг бошида лизоцим камайиб бу ҳолат 10 кунгача сақланиши кузатилган. (В.И.Кулаков ва бошқалар). Улар лизоциминнинг камайишини шу даврда иммунитетни пасайишдан деб изоҳлайдилар.

ЭНДОМИОМЕТРИТНИ ДАВОЛАШ

Эндомиометритни ўз вақтида ва тўғри даволаш оғир инфекцион касалликларнинг олдини олиш ҳамда уларнинг профилактикаси учун катта аҳамиятга эга.

Агар эндомиометрит ҳавфи борлиги тахмин қилинса албатта бачадонда ҳомила тухуми қисмларининг қолган қолмаганлигини аниқлаш керак. Агар бундай ҳолат аниқ бўлса шу ҳомила тухуми қисмларини олиб ташлаш, аммо бунда олдин септик шокни олдини олиш чораларини кўриш керак, чунки бачадонни тозалаганда оқсилнинг денатурацияси натижасида вужудга келган моддалар, бактерия ва эндотоксинлар қон томирга тушиши мумкин. Бачадонни тозалашдан олдин ундан ажралган чиқиндилардан экма олиш керак, интоксикацияга қарши даво чоралари (турли эритмалар), антибиотиклардан фойдаланиш керак. Бачадонни қириб текширишда умумий наркоз (сомбревин, эфир, закис-азот) дан фойдаланилади. Шунингдек даволашда лазердан фойдаланиш ҳам анча ижобий натижа беради (жойли ва вена орқали).

КИЧИК ЧАНОҚ БЎШЛИҒИДА ЖОЙЛАШГАН АЪЗОЛАРНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Бунга чилла даврининг инфекцион касалликларини иккинчи этапи киради.

Параметрит (parametritis puerparalis) киради.

Параметрит — бачадон атрофидаги клетчаткаларнинг яллиғланишидир. Агар қиннинг ёки бачадон бўйнининг йиртилган деворидан ва бачадон орқали унинг атрофидаги клетчаткаларга инфекция ўтса, параметрит вужудга келади. Демак, шу йиртилган тўқималар инфекцияларнинг кириш ва тараққий этиши учун қулай шароит ҳисобланади.

Кўпинча инфекция йўлдош ёпишган жойидан, айниқса йўлдошнинг пастки сегментга ёпишган жойидан, унинг кўчган сатҳидан ўтиши мумкин.

Параметритни авж олишида қўшувчи тўқиманинг яллиғланишига хос бўлган клиник белгилар кўринади, касалликнинг дастлабки босқичида шу тўқималарнинг қаттиқ таранглашиши — инфильтрация ҳолати кузатилади.

Параметритда кўпинча бачадон атрофидаги клетчаткалар қисман, баъзан бачадон атрофидаги тўқималарнинг барчаси яллиғланиши мумкин. Бунда бу соҳадаги тарангланишт (инфильтрация) бачадонни ўраган ҳолда бўлади.

Яллиғланиш натижасида таранглашиш (инфильтрация) жуда тез тарқалиб ва бутун чаноқ клетчаткасини эгаллаб, чаноқ деворларига етади.

Параметрит одатда чилла даврининг 7-10 кунларидан бошланади. Касалликнинг дастлабки белгиларидан бири ҳароратнинг кўтарилиши (38,5-40°С) баъзан эт увишади, томир уриши ҳароратга мос бўлиб, қонда лейкоцитоз, формуласи чапга сурилган СОЭ юқори бўлади.

Бу белгилар касалликнинг тарқалиш даражасига қараб ҳар хил кечади. Жараён қанча кенг тарқалган бўлса белгилар шунча кучли бўлади.

Чаноқ бўшлиғидаги клетчаткалардаги таранглик (инфильтрация) нерв толаларини ўраб олиб сиқиши натижасида кучли оғриқ бўлади. Агар нерв толаларида ҳам яллиғланиш бўлса унда бемор кучли оёқ оғриғидан шикоят қилади.

Агар яллиғланиш жараёни m.ilio psoas ни ҳам зарарлаган бўлса, бунда бемор мажбурий ҳолатда яъни оёқларини тизза бўғимида букиб, сонларини қорин деворига яқинлаштирган ҳолда ётади.

Агар клетчаткалардаги яллиғланиш жараёни тўғри ичак атрофига тарқалган бўлса, бундай ҳолларда тўғри ичак сиқилиб ахлат келиши қийинлашади. Қов атрофига тарқалган бўлса, унинг ҳажми торайиб бемор сийганда оғриқ сезади ва тез-тез сийгиси қисташидан (дизурия) шикоят қилади.

Касаллик авж олган сари беморнинг умумий аҳволи оғирлашиб, иштаҳаси йўқолади, уйқуси қочади, оғзи қуриб, тили караш бойлайди, боши оғрийди, қорин девори орқали пайпаслаб кўрилганда кучли оғриқ сезади. Баъзан қорин девори орқали пайпаслаб қаралганда инфильтрацияни кичик чаноқ киришидан аниқланади. Касаллик бошланишида уни қин орқали текширилса, шу соҳанинг оғриқли экани, таранглашгани ва унинг чаноқ бўшлиғининг қайси қисмида жойлашганлиги аниқланади. Касалликнинг сўнги босқичида клетчатка қаттиқла-

шиб, инфильтрация чаноқ деворларигача етади. Агар шу босқичгача инфильтрат шимилмай, йиринглай бошласа, текширилганда унинг юмшагани маълум бўлади. Бунда чаноқ клетчаткасининг йирингланиши ва кичик чаноқ ичидаги юмшоқ тўқималарнинг флегмонаси вужудга келгани кўринади.

Агар ўз вақтида йирингни чиқазиш чоралари кўрилмаса, жараён авж олган сари йиринг кўпая бориб у қўшни аъзоларни ҳам тешиб улар орқали чиқиши мумкин.

Баъзи ҳолларда қорин бўшлиғига йиринг тешиб чиқиб, оғир ҳолат — перетонит вужудга келишига сабаб бўлади. Кўпинча ўз вақтида даво чоралари кўрилса инфильтрат йирингламай аста-секин 1-2 ой давомида бутунлай шимилиб кетади. Аммо кўп ҳолатларда ўзидан кейин чандиқлар қолдириб, чаноқ аъзоларининг топографик ҳолатига путур етказади.

ДАВОЛАШ

Ўткир параметрит касаллигини ҳам бошқа ҳилдаги яллиғланиш жараёнлари сингари даволанади. Бунда ҳам бемор ниҳоятда тинч ётқизилиб қорнининг пастки қисмига совуқ нарса қўйилади. Ўткир жараён йўқолгач инфильтратни шимилиши учун иссиқ нарса қўйилади. Тўғри ичакка оғриқни қолдирувчи шамлар киргизилади. Бактерияга қарши беморнинг ва бактериянинг антибиотикларга сезувчанлигини текширган ҳолда кенг спекторда таъсир қиладиган антибиотиклардан укол қилинади.

Параметритда кучли интоксикация бўлгани учун организмга фаол равишда ош тузининг изотоник эритмаси, глюкоза, оқсилли эритмалар, гемодез, реополиглюкин, витаминлардан юборилади. Буларнинг ташқари лазердан ҳам фойдаланилади. Беморни вақти-вақти билан қин орқали текшириб турилади. Агар гумбазлар соҳаси бўртиб чиқиб ва юмшаган ҳолатда кўринса унда йўғон узун нина ёрдамида орқа гумбаз орқали йирингни тортиб олиб ўрнига антибиотиклардан юборилади. Бундан ташқари инфильтратнинг йирингланганига қаноат ҳосил қилгандан кейин қиннинг орқа гумбазини қирқиб (кольпотомия) дренаж найча қўйилади. Бунда йиринг шу найчадан оқиб туради. Баъзи ҳолларда йиринг чиққан бўшлиқни дезин-

фекция қиладиган эритмалар билан дренаж найчалар орқали ювиб турилади. Касалликнинг барча ҳолатларида АВДС витаминлардан бериб туриш керак. Касалнинг умумий аҳволи яхшиланиб яллиғланиш жараёни анча пасайгандан кейин физиотерапевтик усуллардан фойдаланиш керак бўлади.

БАЧАДОН ҚЎШИМЧАЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ (ADNEXIT, SALPINGOOFARIT PUERPERALIS)

Чилла даврида бачадон ортиқларининг яллиғланиши микробларни, хусусан гонококк ва бошқа бактерияларнинг бачадон ичидан найчаларга ўтишидан вужудга келади. Бундан ташқари микроблар бачадон бўйни ва бачадоннинг кенг бойламидаги лимфа йўллари орқали ҳам тушиши мумкин.

Бачадон ортиқларининг яллиғланиши: сальпингитнинг гидросальпинкс ва пиосальпинкс турларига ажралади.

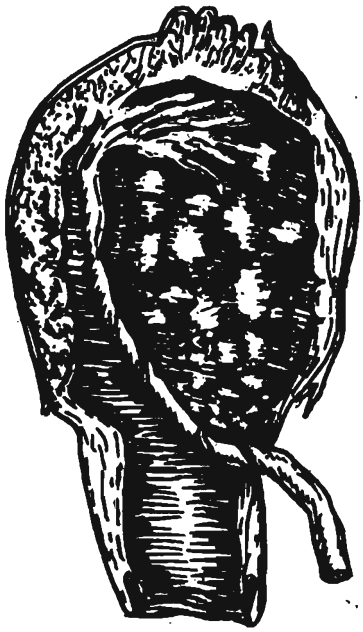
Сальпингитлар эндосальпингит ва интерстициал сальпингит формаларида кечади.

Эндосальпингитда яллиғланиш жараёни найчаларнинг шиллиқ пардасини яллиғланиши билан характерланади. Инфекция найчаларнинг мускул қаватига ўтганда унда интерстициал сальпингит авж олади. Унинг ампуляр қисмидаги шокилалар бир-бирига ёпишиб, бу қисмни беркитиб қўйгани учун найча ичидаги суюқлик оқиб тушмай, унинг ичида йиғилиб қолади. Суюқлик бачадон найчасини борган сари кенгайтириб юборади, бунда оғриқ кучая боради. Бундай ҳолда бачадон найчаси сероз суюқлик билан тўлган бўлса — гидросальпинкс, йиринг билан тўлган бўлса — пиосальпинкс деб аталади. Сальпингитнинг бу ҳар икки формасида ҳам найчалар реторт формасини олади.

Агар яллиғланиш жараёни тухумдонга ҳам ўтса, улар катталашиб, оғриқли бўлади, баъзи ҳолларда йиринг билан тўлади (пиовариум).

Бачадон қўшимчалари биргаликда яллиғланишида кўпинча кичик чаноққа ва бачадонга чандиқлар билан ёпишган бўлиб, шунинг учун кам қўзғалувчан бўлади.

Яллиғланиш жараёни кўпинча чилла даврининг 7-10 кунлари вужудга келиб, бемор қорни пастида, касаллан-



87-расм. Placenta accreta. Ворсинкаларнинг мушаклар орасига ўсиб, бачадонни ёриши.

ган қўшимча томонида оғриқ ва босим сезади. Кўпинча оғриқ чаноқнинг пастки қисмида кузатилади, тана ҳарорати субфибрил ёки бирмунча юқори бўлади.

Қонда лейкоцитоз ва СОЭ нинг юқори бўлиши, лейкоцитлар формуласининг чапга сурилиш ҳолати кузатилиб, баъзан қондаги ўзгариш суст бўлиши мумкин. Қин орқали текширганда яллиғланиш жараёнини тухумдон ёки қўшимчаларда (найча) деб айрим белгилаш қийин бўлади (87-расм).

Қўшимчалардаги яллиғланиш жараёни инфекциянинг турига қараб ҳар хил кўринишда кечада. Пиосальпинксда (найчалар йиринг билан тўлган) жараён айниқса оғир кечиб, агар йиринг билан тўлган найча ёрилса йиринг қорин бўшлиғига тушиб, оғир ҳолат, қорин пардасининг яллиғланиши вужудга келиши мумкин.

Икки томонли сальпингоофорит кўпинча специфик инфекциялар, сўзак туфайли вужудга келади. Бундай ҳолатларда беморни ҳар томонлама текшириб инфекция турига қараб даво чоралари қўлланилади. Касалликни қўзғатувчи гонококк бўлса (суртмаларни қин, бачадон, сийдик чиқазиш йўлидан олинади) унда шу инфекцияга қарши даволаш лозим бўлади. Буни таносил касалликлар врачи даволайди.

ДАВОЛАШ

Даволаш асосан комплекс равишда бўлиши керак.

Касалликнинг қўзғатган бактерия турини ва унинг ишлатиладиган антибиотикларга сезгирлигини аниқлаган

ҳолда кучли таъсир қиладиган антибиотиклар ишлатилади. Албатта яллиғланиш жараёни учинчи ва тўртинчи босқичга ўтиб кетмаслигини олди олинади. Бунинг учун касалликнинг бошиданоқ қорин пастига совуқ нарса қўйиш, интоксикацияга қарши курашиш учун ишлатиладиган омиллардан (қон қуйиш, қонни ўрнини босадиган препаратлар оқсил эритмалар, гемодез, реополиглюкин, витаминлар ва б-лар) фойдаланилади. Агар пиосальпинкс бўлса зарарланган найчани операция йўли билан олиб ташлаш керак. Яллиғланиш жараёни бироз камайгандан кейин физиотерапевтик усуллардан фойдаланиш керак.

Баъзан пиосальпинксда бачадон қўшимчалари чандиқлар туфайли орқа гумбазга ёпишган бўлади. Бунда қин гумбази орқали Бир нинаси (узун нина) ёрдамида йиринг чиқазиб (агар орқа гумбазга ёпишмаган бўлса бу усулдан фойдаланиш асло мумкин эмас) ўрнига антибиотик юборилиб, йирингли параметрит каби даволанилади. Лазердан ҳам фойдаланишда ижобий натижа олинади.

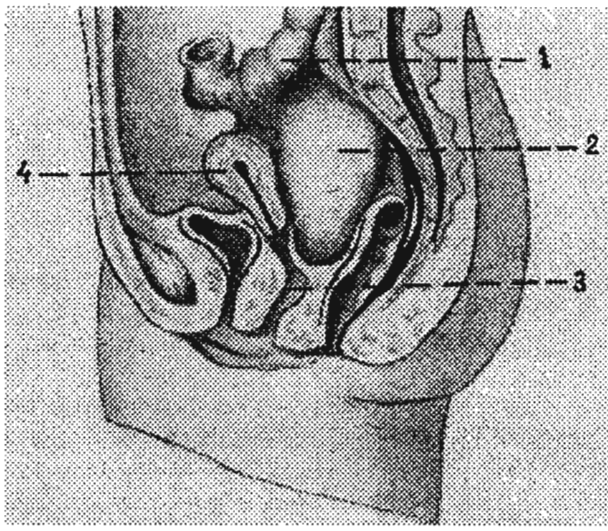
ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ (PELVIOPERITONIT PUERPERALIS)

Пельвиоперитонит деб қорин пардасининг фақат чаноқ бўшлиғини қоплаган қисмининг септик ёки сўзак инфекцияси натижасида (чилла даврида) яллиғланишига айтилади. Организмнинг қаршилик кўрсатиш кучига ва инфекциянинг верулентлигига қараб, касаллик чилла даврининг 10-15-кунидан бошланади.

Яллиғланиш жараёни серозли, серозли — фибриноз ёки йирингли бўлади. Чаноқ бўшлиғида суюқлик ёки йиринг пайдо бўлиб, кўпинча тўғри ичак — бачадон оралиғига (орқа дуглас бўшлиғига) йиғилади. (88-расм)

Одатда қорин пардаси яллиғланишидан олдин жинсий аъзолардаги бошқа турдаги яллиғланиш жараёнлари метроэндометрит, параметритлар бўлиши кузатилади.

Пельвиоперитонит инфекциянинг бачадон девори ва кенг бойламдан лимфа йўллари орқали кириши натижасида ҳосил бўлади. Баъзан чандиқлар бўлса йиринг шу чандиқлар туфайли вужудга келган чўнтакларга йиғилади.



88-расм. Пельвеоперитонит натижасида Дуглас бўшлиғида экссудат йиғилиши.
1-ичак; 2-экссудат; 3-қин; 4-бачадон.

Пельвиоперитонитда бемор дастлаб қорин пастида кучли оғриқ сезади. Қориннинг пастки қисмида Блюмберг-Шеткин белгиси мусбат бўлади. Бемор қорнини кўпчишидан, кўнгил айнашидан шикоят қилади. Томир уриши минутига тезлашиб 120 маротабага етиши мумкин. Тана ҳарорати 38-39°С га кўтарилади.

Қиннинг орқа гумбази дўппайиб чиқади. Касалликнинг оғир турида интоксикация анча кучли бўлиб, қорин пастида, болдир мускулларида кучли оғриқ, чанқаш ва эт увишиш, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади.

Қонда лейкоцитоз, қон формуласи чапга сурилган, СОЭ юқори, с-реактив оқсил мусбат бўлади. Касаллик енгил кечаётган бўлса ва тўғри даволанса у соғлом аъзо ва тўқималарга ўтмай тузалади. Ёки абсцесс чегараланиб қолади. Беморнинг аҳволи бирмунча яхшиланади, биринчи кундаги касалликнинг ўткир кўриниши (қусиш, кўнгил айнаш) тўхтайди, ҳарорат пасаяди, томир уриши бирмунча секинлашади, қоиндаги умумий оғриқ камаяди. Лекин қорин пастида ва чаноқ соҳасидаги оғриқ ҳали давом этади. Кичик чаноқдаги инфильтрат аста-

секин шимила бошлайди. Агар абсцесс пайдо бўлса, йиринг кольпотомия ёки пункция қилиб чиқазилади. Агар ўз вақтида керакли ёрдам кўрсатилмаса у тешилиб йиринг қинга, қовуққа ёки тўғри ичакка, ҳатто қорин бўшлиғига тушиши мумкин.

Баъзан яллиғланиш жараёни авж олиб умумий перитонитга айланиб кетиш ҳоллари ҳам кузатилган.

Пельвиоперитонитни ҳам бошқа септик касалликлар каби даволанади.

ДАВОЛАШ

Пельвиоперитонит асосан консерватив усулда даволанади. Интоксикацияга қарши: оқсилли эритмалар, қон ўрнини босадиган препаратлар, гемодез, реополиглюкин, аскорбин ачими, витаминлар ишлатилади. Лазер билан даволашда ҳам ижобий натижага эришиш мумкин. Бу ҳолатда М.Х.Каттахўжаеванинг илмий изланишлари бўйича лазер нурини қон томирлар орқали юборилса даволаш самараси ошади.

Агар беморда интоксикация кучли бўлса бир суткада камида 2-3 литр суюқлик юбориш керак бўлади.

Кучли таъсир кўрсатадиган антибиотиклардан фойдаланилади. Агар зардоб ёки йиринг бўлса қиннинг орқа гумбази орқали йўғон, узун нина ёрдамида пункция қилинади ва йиринг олинади, кейин антибиотиклардан юборилади.

Қиннинг орқа гумбази соҳасида кольпотомия (скальпель ёрдамида кесиш) қилиниб резина найча қўйилади. Ҳарорат пасайиб яллиғланиш жараёни камайганда, қондаги ўзгаришлар нормаллашгандан кейин физиотерапевтик усуллардан фойдаланиш керак бўлади.

Юқорида қайд қилиб ўтилган чоралардан ташқари юрак — томирлар фаолиятининг нормал ҳолатини таъминлаш лозим. Сийдик чиқазиш тизимининг фаолиятини кузатиб бориш шарт. Бундан ташқари қоннинг қуюлиш ҳолатини текшириб туриш ва даволаш тромбофлебитни олдини олади, чунки септик ҳолатларда қоннинг қуюлиши ва тромбалар ҳосил бўлиш хавфи кўп кузатилади.

ПЕРИТОНИТ (PERITONITIS PUERPERALIS)

Чилла давридаги перитонит кўпинча 2-этапда бўладиган инфекцион касалликлар туфайли хусусан бачадон қўшимчаларининг яллиғланишидан кейин вужудга келиши мумкин. Бу асосан қорин пардасининг инфекцияга нисбатан реакцияси ва лимфа йўли билан тарқалиши натижасида авж олади. Перитонит кўпинча чилла даврида агар аёл туғруқнинг эрта чилла даврида инфицирланган бўлса (бундан ташқари абортдан кейин) вужудга келади.

Перитонитнинг тури ва кечиши ҳақида турли таснифлар мавжуд. Касалликнинг тарқалишини кўпчилик муаллифлар махаллий (чегараланган) ва диффуз равишда тарқалган (қорин пардасининг умумий зарарланиши) перитонит деб 2 га бўладилар.

А.М.Корякин махаллий (чегараланган) перитонит деб чандиқлар туфайли қорин бўшлиғининг бошқа қисмларидан ажралиб кечадиган перитонитни атайди.

Клиник аломатда кўп муаллифлар фақат абсцесс чегараланган шакл бўлиб бошқа турларни диффуз деб аташни мақсадга мувофиқ деб биладилар.

Шлапоберский перитонитни қуруқ ва эксуддатив перитонит деб иккига бўлишни тавсия этади.

Маълумки қуруқ перитонит деярли учрамайди. Шунинг учун перитонитни бундай формаларга ажратиш хатодир.

Экссудатнинг характерига қараб серозли, фибринозли-йирингли ва йирингли формаларга ажратадилар (А.М.Корякин ва бошқалар).

Маълумки экссудатнинг ҳар хил бўлиши касаллик қўзғатувчи микробнинг верулентлигига, организмнинг қаршилик кучига ва даволаш омилларининг қандай олиб борилганига боғлиқдир. Шунинг учун экссудатнинг характерига қараб касалликни белгилаш тўғри бўлмайди.

Одатда перитонит динамик равишда тараққий қилиб, даволаш натижасида чегараланган бўлиб қолиши мумкин. В.Д.Федоров перитонитнинг асосий турларини жараённинг тарқалишига қараб, қуйидагича белгилайди:

1. Махаллий: а) чегараланган (яллиғланган инфильтрат — таранглик); б) чегараланган — чегаралайдиган чан-

диқлар йўқ, аммо жараён қорин пардасининг бирор чўнтагига жойлашган бўлади.

2. Тарқалган: а) диффузли (қорин пардасининг кенг сатҳига тарқалган), жараён қорин бўшлиғини ҳар икки қаватига қисман тарқалган; б) жараён қорин бўшлиғини деярли ҳаммасини қоплаган; в) умумий — бунда қорин бўшлиғидаги аъзоларнинг сероз қавати ва қорин бўшлиғининг деворлари ҳам зарарланган. Бу тасниф анча қулай бўлиб операциядан олдин жараённинг чегараланган ёки тарқалганлигини аниқлаш яхшироқ. Агар жараён жойли бўлса фаол равишда консерватив даволаш, агар тарқалган формаси бўлса оператив даволаш лозим бўлади.

Акушерликда чегараланган перитонит кўпинча криминал абортларда, перитонитнинг тарқалган тури эса кесарча кесиш ва жинсий аъзолардаги мавжуд бўлган инфекцион касалликларда кузатилади.

Перитонит деярли мустақил касаллик бўлмасдан турли жараёнларнинг хусусан қорин бўшлиғидаги аъзоларнинг патологик ҳолатларининг асоратларидан вужудга келади.

Патоген микробларнинг қорин пардасига таъсир қилиши натижасида унда гиперэргик реакция вужудга келади. Касалликнинг бу фазасида қорин пардаси шишган ва қизарган бўлиб, экссудатив жараён геморрагик реакция ва фибринли моддалар билан намоён бўлади. Қорин пардасидаги нерв толалари — рецепторлар таъсирида юрактомир, нафас тизими, овқат ҳазм қилиш тизими фаолиятига таъсир қилади. Гиперэргик фазада суюқлик ва оқсиллар қорин бўшлиғига йиғила бошлайди. Минераллар алмашинуви ҳам издан чиқади.

Перитонитнинг характерли клиник кечиши касаллик қўзғатувчи микробнинг вирулентлиги ва унинг фазасини давом этишига боғлиқ. Касаллик кечишини кейинги фазаси қорин пардасида яллиғланиш жараёнининг тарқалиши, ёки аниқ жойлашишидан иборат. Бу ҳар икки ҳолатда ҳам эндо ва экзотоксинлар таъсирида интоксикация авж олади.

Касалликнинг бу босқичида модда алмашинуви жараёни кучли ўзгаради. Организмнинг компенсатор реакци-

яси аста-секин авж олади. Бу фазани К.С.Симонян токсик фаза деб номлаган. Ниҳоят беморнинг аҳволи оғирлаша бориб терминал ҳолат вужудга келади ва унинг ўлими билан тугайди.

Ҳозирда мавжуд бўлган даво омилларидан ўринли фойдаланилса касалликни шу даражагача етишининг олдини олиш мумкин бўлади.

Чегараланган перитонитда касаллик анча тез кечади. Бунда тана ҳарорати бирданига кўтарилиб 38,5-40°С даражагача етади, интоксикациянинг клиникаси: тилнинг қуруқ бўлиши, эт увишиш, мускуллар (айниқса болдир соҳасида) оғриши билан намоён бўлади. Бемор қорин пастидаги кучли оғриқдан шикоят қилади. Нафас олишда бемор қорин пастини аяб нафас олади.

Пайпаслаб кўрганда қорин пардасининг яллиғланган соҳасидаги қорин деворининг мускуллари бошқа қисмдагиларга нисбатан анча таранглашган бўлади. Қўлни қорин девори орқали киндикдан қов суяги томонга сурилганда таранглашган қисми аниқ сезилади. Блюмберг-Шеткин белгиси ҳам қорин деворининг пастки қисмида мусбат бўлади, перкусия қилганда одатда қорин бўшлиғида сув бор ёки йўқлиги аниқланади. Агар тарқалган перитонит бўлса қорин деворини ҳамма қисми таранглашган ва оғриқли бўлади. Блюмберг — Шеткин белгиси ҳам қориннинг барча қисмида мусбат бўлади. Беморнинг кўнгли айнайди, қусади, ичакларига ҳаво йиғилиб, қорни кўпчийди (метиоризм), тили қуриб қолади, томир уриши тезлашиб, бўшашиб кетади (ҳар минутда 120-140 марта уради), артериал босим пасаяди, умумий аҳволи оғирлашиб ичи кетади, баъзан ҳушдан кетиш ҳоллари ҳам кузатилади. Касаллик оғир кечганда беморнинг тана ҳарорати кўтарилмайди, бу организмнинг қаршилик кўрсатиш кучининг камайганлигини кўрсатади. Қорин девори таранг бўлгани учун бунда қин орқали текшириш бирмунча қийин бўлади. Бачадон ҳамма вақт ҳам катта бўлавермайди. Бачадон ортиқларини аниқлаш анча қийин бўлиб, қиннинг орқа гумбази кўп ҳолатларда таранглашган ва оғриқли бўлади. Қонда лейкоцитоз ошади, нейтрофил формуласи чапга сурилган бўлиб, нейтрофилларнинг токсик доналилари пайдо бўлади, СОЭ кўтарилади.

С — реактив оқсил мусбат бўлади. Қондаги ўзгаришлар касалликнинг авж олишига қараб ўзгариб боради. Кўп муаллифларнинг фикрича акушерликдаги перитонитнинг кечиши гинекологик ва хирургик перитонитдан анча фарқ қилади (К.Н.Жмакин, 1967 ва бошқалар).

Кесарча кесишдан кейин вужудга келадиган перитонитнинг сабаблари турличадир. Хусусан ҳомила олди сувининг инфекцияланиши (кўпинча ҳомила олди суви олдин кетиб қолганда) ва баъзан қоғаноқ бутун бўлганда ҳам инфекция кириши ва бачадон бўйни очилиши жараёнида борган сари кўпайиб боришини кузатиш мумкин.

Текширишлардан маълум бўлишича инфекция бачадонга қин орқали кўтарилиши ва уни инфекциялаши мумкин. Туғруқда сувсиз давр қанча кўп бўлса, инфекциянинг тарқалиш хавфи шунча кўп бўлади.

Кўп муаллифларнинг фикрича бачадон ҳомила олди суви кетгандан кейин 6 соат ўтгач инфекцияланади. Лекин бу жараён микробларнинг патологик хусусиятига ҳам боғлиқ, агар стафилококк, стрептококк ва анаэроб бактериялар асоциацияси бўлса инфекцияланиш анча эрта бошланади. Ҳомила олди суви кетиб, туғруқ анча узоқ чўзилса инфекция шунча кўп киради. Шунинг учун туғруқни аҳамият билан кузатиб бориб ўз вақтида кесарча кесиш операциясини қўллаш орқали оғир мураккабликларнинг олдини олиш мумкин.

Баъзан сув кетиб қолгандан кейин бирмунча муддат ўтгач кесарча кесиш операцияси қилинган бўлса, бунда ҳам перитонит бўлиш хавфи кўпроқ бўлади.

Шунга кўра қуйидаги профилактик усулларни қўллаш керак:

1) операцияда қорин бўшлиғини чегаралаган ҳолда операция қилиш керак. Баъзи муаллифлар қорин пардаси орқасида (экстроперитониал) операция қилишни маъқул деб биладилар;

2) операциядан кейин аёлнинг ёнбош соҳасига дренаж трубка қўйиб, вақти-вақти билан фракцион перитонеал диализ қилиш ва антибиотик юбориб туриш лозим;

3) операциядан кейин антибиотикларнинг кенг миқёсда таъсир қиладиган турларидан фойдаланиш, антиби-

отикларни максимал дозада қилиш билан бирга, қорин бўшлиғига ҳам юбориш керак;

4) операция вақтида текшириш учун бачадондан ва қондан экма олинади. Беморга қоннинг ўрнини босадиган суюқликлар, қон, плазма юборилади. Интоксикацияга қарши препаратлар ва витаминлар бериш керак;

Ҳар куни оқсил, минераллар ва кислота-ишқор алмашинувини текшириб турилиши, лозим бўлганда шуларга қаратилган даво чораларини қўллаш керак.

Баъзи ҳолатларда умуман перитонитда, айниқса кесарча кесиш операциясидан кейин вужудга келган перитонитда буйрак фаолиятининг бузилиши, хатто унинг ўткир етишмовчилиги, аёл ўлимига сабаб бўлиши мумкин.

Кесарча кесишдан кейин кузатиладиган перитонитнинг олди қанча эрта олинса шунча яхши натижаланиши мумкин. Бу хилдаги перитонитнинг клиник кечиши касалликнинг реактив босқичини давом этиши ва астасекин токсик босқичнинг авж олишига боғлиқ.

Перитонитнинг клиник кечишининг реактив босқичи суст ва билинар-билинмас кечиш билан ажралади, аммо даволашга қарамасдан касаллик белгилари кўпроқ намоён бўла боради, перитонитнинг реактив босқичи бир неча соатдан бир суткагача чўзилиши мумкин.

Агар кесарча кесишда бачадон бўшлиғининг инфицирланган (туғруқда эндометрит)ни аниқланса кесарча кесиш билан чегараланиб қолмасдан бачадонни олиб ташлаш керак.

Агар туғруқда эндометрит бўлса, кўпинча касаллик операциядан кейинги 2-3 кунда, хатто биринчи сутканинг охиридаёқ бошланиб, унинг клиник белгилари кўрина бошлайди.

Беморнинг тана ҳарорати 38°С, баъзан 40-41°С гача кўтарилади. Эт увишади. Томир уриши минутига 120-140 мартага етади. Томирнинг бундай тез уриши ҳарорат унча баланд бўлмаганда ҳам кузатилади.

Қон босими унча ўзгармайди. Перитонитнинг бошланишида ичаклар атонияси учун характерли белгиларидан бири, уларда ҳаво йиғилиб, қорин кўпчийди, метеоризм кузатилади. Кесарча кесиш операциясидан кейин вужуд-

га келадиган перитонитда Блюмберг — Шеткин белгиси мусбат бўлиши мумкин. Қоринни пайпаслаб кўрилганда оғриқли бўлиб бу айниқса қорин пастида кўпроқ кузатилади. Кўпинча қорин кўпчиганлиги учун бачадонни пайпаслаб аниқ кўриб бўлмайди. Қорин кўпчиганида ҳаво билан кекириш, қайт қилиш кўпроқ кузатилади. Бемор тили оқ ёки жигар ранг караш билан қопланган бўлади, нафас олиши тезлашиб минутига 35-40 мартага етади. Қорин нафас олишда иштирок этмайди. Қорин кўпчигани учун диафрагма кўтарилиб, ўпканинг нафас ҳажми камаяди, нафас олиш тезлашади. Бачадондан ҳидли йиринг оқиши кўпроқ ҳомила олди суви кетиб қолганда, туғруқ эндометритида ёки бачадонда йўлдош қолдиқлари қолганда кузатилади. Перитонитнинг 2-4 кунларидан бошлаб гемоглобин бир оз камаяди, лейкоцитоз ошади, нейтрофиллар формуласи чапга оққан бўлади. СОЭ кўтарилади. Аммо қондаги бу хилдаги ўзгаришлар ҳомиладорликка, туғруқ ва операция қилиш вақтидаги мураккабликларга ҳам боғлиқ бўлиши мумкин.

Қондаги энг характерли ўзгаришлар қон формуласининг чапга сурилиши, ёш ва тайёқчасимон ҳужайраларнинг кўпайиши моноцит ҳолида лимфоцитларни камайиши билан намоён бўлади. Бундан ташқари токсик донали нейтрофилларнинг пайдо бўлиши ва юқорида келтирилган клиник белгилар билан биргаликда кесарча кесиш операциясидан кейинги перитонитнинг асосий белгилари ҳисобланади. С реактив оқсилни ҳам топиш мумкин. Касалликнинг 2-5 кунлари таёқсимон нейтрофиллар кўпаяди. Агар перитонитнинг бор-йўқлигига шубҳа қилинса шу лейкоцитлардаги ўзгаришлар касалликни аниқлашга ёрдам беради. Сийдикда кўпинча оқсил, гиалин ва интоксикация туфайли донали цилиндрлар топилади. Буйракнинг фильтрацион хусусияти бузилгани учун сийдик суюқлаша боради. Агар перитонитни даволаш омиллари ёрдам бермаса, унда бемор кам ва тез-тез сияди. Ажралаётган сийдик камаяди бу организмнинг сувсизланиб қолганидан далолат беради.

Баъзан беморнинг умумий аҳволининг қониқарли бўлиши, қорин пардасининг қитиқланиш белгилари, қайт қилиш ва бошқа белгиларни бўлмаслиги врачга касал-

ликка ўз вақтида ташхис қўйишга имконият бермайди. Шунинг учун врач беморни консерватив даволай бошлайди.

Бундай беморлар қорнини перкусия қилинса, қорин пастида суюқлик аниқлаш мумкин.

Қин орқали текширилганда одатда бачадон бўйнининг канали очиқ бўлиб, бачадон чегаралари аниқ билинмайди, бачадон ортиқларини аниқлаб бўлмайди. Агар касаллик аниқланмаса 3-7 кунлари бачадондан йиринг, йирингли — сероз чиқинди ажрала бошлайди. Агар бачадондаги тикилган чоклар йирингланиб ажралган бўлса қорин девори орқали ҳам эксудат ажралишини кузатиш мумкин.

Ташхис кеч қўйилганда касалликнинг 5-8 кунлари қорин деворидаги чоклар йирингланиб, очилиб, ичаклар ташқарига чиқиши (эвентерация) кузатилади.

Кесарча кесиш операциясидан кейин вужудга келган перитонитнинг белгилари ҳамма вақт ҳам аниқ бўлмагани учун, аёлнинг умумий аҳволини, аъзо ва системалар фаолиятини синчиклаб кузатиб бориш, агар бирор мураккабликлар кузатилса ва перитонитга шубҳа қилинса, даволаш омиллари керакли натижа бермаса ва қонда ўзгаришлар бўлса, қайтадан операция қилиш лозим бўлади.

Перитонитда специфик ва специфик бўлмаган иммунитетлар ҳам ўзгаради. Лизоцим перитонитда 6-10 мкг-мл, нормал чилла даврида эса 6-7 мкл-мл бўлади (В.И.Кулаков ва бошқалар).

Перитонитда интоксикациянинг ошишини нордон фосфотазанинг миқдорига қараб ҳам аниқлаш мумкин. Нейтрофилларнинг нордон фасфатазаси операциядан кейин 7 суткада деярли 2 марта кўпаяди (соғлом туққан аёллардагига ҳамда эндомиометритдагига нисбатан).

Перитонитда модда алмашинуви издан чиқиб, тўқималардаги деструктив ўзгаришлар натижасида қонда патологик оқсиллар, хусусан С — реактив оқсил пайдо бўлади.

Агар кесарча кесиш операциясидан кейин нормал ҳолат кузатилса бунда умумий оқсил миқдори соғлом яъни операциясиз туққанлардан кам фарқ қилади. Перитонитнинг оғир формасида оқсил жуда камайиб кетади, айниқса унинг альбумин фракцияси камаяди.

Перитонит билан оғриган беморларда электролитлар мувозанати бироз ўзгаради. Касалликнинг бошида қон плазмасида ҳамда эритроцитларда калий камайиб кетади. Касаллик авж олган сари у камая боради. Агар беморнинг аҳволи яхшилана борса калийнинг концентрацияси ҳам оша боради, аммо нормадан кам ҳолича қолади. Унинг нормал ҳолатга келиши жуда секин кечади.

Плазмада натрий миқдори нормадан паст бўлади. Беморнинг аҳволи оғирлашиши натижасида қон плазмаси ва эритроцитларда натрий тўпланиб қолади. Бемор тузала бошлаши билан аста-секин у плазмада ҳам эритроцитларда ҳам нормаллашади. Перитонит агар енгил кечса, қон плазмасида респиратор ёки метаболик алколоз, агар беморни аҳволи оғирлашса қон плазмасида респиратор алколозни ўрнига метаболик ацидоз кузатилади. Бу ҳолат организмнинг компенсатор қобилиятининг бузилишидан, сусайганидан далолат беради. В.И.Кулаков ва бошқалар томонидан перитонитнинг ўткир даврида кортикостероидларнинг ошиши кузатилган.

Перитонитнинг 13-16 кунлари кортикотероидлар кам бўлиб, аммо контрол гуруҳлардан деярли фарқ қилмайди.

Операция натижасида буйрак усти бези пўстлоғининг касалликнинг бошланишидаги реакцияси 17 оксикортикостероид бирикмасининг биосинтезининг борган сари камайиши билан ифодаланади. Буйрак усти бези пўстлоғининг фаолиятини бузилиши касалликнинг оғирлашганидан дарак беради.

Шунинг учун кўп муаллифлар кесарча кесиш операциясидан кейинги перитонитда кортикостероид препаратларидан фойдаланишни патогенетик даво чораларидан ҳисоблайди. Перитонитда айниқса оғир кечганда, умумий липидлар миқдори камаяди.

ПЕРИТОНИТНИ ДАВОЛАШ

Дастлаб агар қорин кўпчиган бўлиб ичаклар гипо ёки атонияси кузатилса, унда ичаклар тонусини кўтариш учун ҳуқна орқали ёки венага ош тузининг гипертоник эритмасидан юборилади. Прозериндан укол қилишда сифонли ҳуқна, ошқозонни чайиш керак бўлади. Перитонитни

вужудга келиш ҳавфи бўлганда юқорида келтирилган даво чоралари ёрдам бериши мумкин.

Чегараланган перитонитни даволаш асосан бактерияга ва интоксикацияга қарши даво чораларини қўллашдан иборат. Бундан ташқари модда алмашув жараёнини яхшилаш, электролитлар мувозанатини нормаллаштириш энг зарур омиллардан биридир.

Асосий даво чоралари жойли перитонитни умумий перитонитга ўтиб кетмай чегараланиб қолишини ва яллиғланган соҳанинг шимилишини таъминлаши зарур. Бактерияга қарши препаратлардан кенг миқёсда таъсир қиладиган антибиотикларни (аминогликозидлар, цефалоспоринлар, ампиокс ва бошқалар) ишлатиш керак. Лозим бўлганда уларни алмаштириб туриш мумкин. Интоксикацияга қарши турли эритмалардан фойдаланилади. Юбориладиган суюқлик беморнинг умумий аҳволига қараб белгиланади. Бунда беморнинг умумий ҳолати ва касалликнинг клиник кечишини ҳисобга олиш керак.

Интоксикацияга қарши эритмалардан гемодез, реополиглюкиндан фойдаланилади. Оқсилли ва калий тузли эритмаларни оқсил ҳамда минераллар алмашувининг бузилганлик даражасини аниқлаб кейин ишлатилади. Лазердан фойдаланиш ҳам ижобий натижа беради. Жойли даволашда дастлаб яллиғланиш жараёнини тарқалишини олдини олиш учун қоринга совуқ нарса қўйилади. Беморнинг тана ҳарорати ва лаборатория текширишлари нормаллашиб, жойли яллиғланиш жараёни деярли камайгандан кейин касаллик енгиллашгани ҳақида фикр юритиш мумкин. Кесарча кесишдан кейин вужудга келган перитонитда албатта операция қилиниб, бачадонни олиб ташлаш энг тўғри чора ҳисобланади. Аммо операциядан олдин интоксикацияни даволаш учун унга қарши венага эритмалар ва оқсилли препаратлардан юбориш лозим бўлади.

Экстирпация (бачадонни олиб ташлаш) қилганда қорин пардасини, қинни торайтиргандан кейин унинг олдинги ва орқа деворларига тикиб қўйилса қин тешиги очиқ қолади ва қорин бўшлиғидаги суюқлик, йиринг шу қин орқали оқиб туради. Қорин девори орқали ҳам иккита ёки ундан кўпроқ дренажли найчалар киргизилиб қўйиш ҳам

ёмон натижа бермайди. Қорин бўшлиғидаги суюқлик оқиб туриши учун дренаж қуйилганда кўпинча дренаж фибринлар билан бекилиб қолиши, уни қўйган ерда яра ҳосил бўлиб кейин оқма бўлиб қолиши ҳам мумкин. В.С.Савельев ва бошқалар перитонит хавфи бўлганда ёки авж олганда перитониал диализни қўллаб яхши натижа олганлар.

Перитонеал диализ қилиш учун қорин девори ва қиннинг орқа девори орқали орқа гумбазга йўғон дренаж киритилади.

Перитонеал диализ қорин бўшлиғидаги чиқиндиларни чиқишини таъминлаб интоксикацияни камайтиради. Диализаторлардан Дарроу эритмаси ёки 6 литр Рингер-Локк, 0,5% новокаиндан 50,0 мл, канамицин 1 г ва лизоцим 200 мг бир литр сувга қўшилиб ишлатилади. Канамицин ўрнига бошқа антибиотиклардан гентамицин (40 мг/л), мономицин (250 мг/л), ампиокс (1 г/л), цепорин (1 г/л), кефзол (1 г/л) лардан фойдаланиш мумкин.

Диализатларни бир минутда 40 томчидан 120 томчигача юборилади. Агар бирданига кўп юборилса суюқлик қорин бўшлиғида тўпланиб қолиб оғриққа сабаб бўлади.

Давомли диализда диализатордаги элементларнинг (электролит, оқсил ва бошқалар) бўлмаслиги натижасида шу элементларга нисбатан бемор организмида етишмовчилик вужудга келади. Бу диализнинг камчиликларидан бири ҳисобланади. Диализнинг иккинчи камчилиги қорин пардасидаги рецепторларни қитиқлаб рефлектор реакция (оғриқ) чақиришидир. Диализат билан биргаликда новокаин эритмаси юборилса бу реакция бутунлай бўлмаслигини тахминлаш мумкин. Баъзи оғриқсизлантирувчи препаратлар эса қорин пардасига зарарли таъсир кўрсатиши, диализда сув-туз алмашинувини издан чиқишига сабаб бўлиши мумкин.

Сўнгги йилларда қорин бўшлиғидаги суюқликни аспирация йўли билан олиш ҳам қўлланилмоқда.

Бактерияга қарши препаратларни ишлатишдан олдин уларга бемор организмининг ва микроорганизмларнинг сезгирлиги текширилади.

Кесарча кесиш операцияси вақтида албатта бачадон ичи, ҳомила олди суви ва йўлдошда микрофлора бор

йўқлигини аниқлаш учун суртма ва экма олиб текширилади. Организмнинг иммунологик реактивлигини ошириш учун антистафилококк, плазма ва гаммаглобулиндан фойдаланилади. Ҳар 2-3 кунда венага 200 мл дан стафилококка қарши плазма юборилади.

Қорин бўшлиғига кўп эксудат йиғилиши ҳисобига организмда сув алмашув мувозанати бузилади. Йўқотилаётган суюқлик ўрнини тўлатиш учун бир килограмм тана оғирлигига нисбатан 40 мл суюқ эритмалардан юборилади. Бунинг учун глюкозанинг 5% эритмаси, ош тузининг изотоник эритмаси, реополиглюкин, гемодез ишлатилади. Желотенол юборилса у қоннинг реологик хусусиятини ошириб, интоксикацияни камайишига ёрдам беради.

Суюқликлар қуйганда диурезни кузатиб бориш шарт. Маълумки организм учун бир суткада 90 ммоль калий, 270 ммоль натрий лозим. Перитонитда кўп калий йўқотилгани учун калий хлорни 1% эритмаси юборилади. Калий эритмасини юбориш организмдаги калийнинг концентрациясига қараб белгиланади.

Оқсилли гидролизатлар ҳамда Рингер-Локк эритмасини юбориш ҳам яхши ёрдам беради. Рингер-Локк эритмасининг бир литрида 11 моль калий ва 210 ммоль натрий бор.

Оқсил алмашинуви бузилиб, камайиб кетганида оқсилли препаратлардан фойдаланилади, агар анемия бўлса кун ора 200-250 мл дан қон қуюлади. Йўқотилган оқсил ўрнини тўлатиш учун бир суткада 300 мл плазма, 20 альбуминдан 300 мл гача, ҳамда козеин гидролизатини қуйиш мумкин.

Шунингдек 1000 мл гача козеин гидролизатидан ва 500 мл гача аминопептитдан юбориш ҳам мумкин. Албатта бу хилдаги препаратларни вена орқали юборишда юракнинг ўнг қоринчаси талофат кўрмаслиги учун уларни секинроқ, томчи сифатида юбориш керак. Оқсилли препартлар ва калий эритмасини юбориш билан тўқималардаги алколозни камайтирилади. Агар плазмада ацидоз бўлса, унда 6% ли натрий бикарбонат эритмасидан юборилади. Оқсилли моддалар, қон ва плазма қуйиш, оқсил ва кўмир ачимига бой овқатлар ҳам беморга яхши ёрдам беради. Энергетик жараённи яхшилаш учун глю-

коза эритмасидан укол қилинади. Венага томчилаб интролипиддан 500 мл юбориш мумкин. Беморга бериладиган овқатни писта ёғида пиширган маъқул. Септик ҳолатларда қоннинг ивиш хусусияти ошгани учун тромбоз ва эмболиялар хавфи кўп бўлади, шунинг учун касалликнинг бошланишиданоқ қон ивишини камайтириш учун одатда 2500-5000 бирликда кунига 2-3 маҳал венага ёки тери остига гепариндан укол қилинади. Ундан фойдаланишда қонни ивиш хусусиятини текшириб туриш керак. Гепарин фақат қон қуюлишини олдини олибгина қолмай организмнинг иммунологик реактивлигини ошириши билан яллиғланиш жараёнига ҳам таъсир қилади. Организмда гепаринга талаб камайгандан кейин протеолитик ферментлар таъсирини камайтириш учун протеазнинг ингибиторларидан фойдаланиш мумкин. Бунинг учун венага 100.000 бирликда трасилол ёки контрикал юборилади, кейин аста-секин 25.000 бирликда препарат дозаси камайтириб борилади.

Операциядан кейин бир суткада 300-500 мг дан гидрокортизондан укол қилинади. Даволашдан 3 сутка ўтгач унинг дозасини аста-секин камайтириб бир суткада 50 мг дан юборилади. Бактерияга қарши препартлар юбориш тўхташи билан гидрокортизондан укол қилиш ҳам тўхтатилади.

Юрак томир системаси фаолиятини ҳам кузатиб туриш ва лозим бўлганда даво чораларини кўриш керак бўлади. Бундай оғир ҳолатни ўз вақтида олдини олиш ва керакли даво чораларини қўллаш билан оналар ўлимини камайтирилган бўлинади.

СЕПСИС

Сепсис умумий касаллик бўлиб организмнинг инфекцияга берган реакциясидир (чилла давридаги инфекцион касалликларни IV босқичи). Сепсиснинг вужудга келишига сабаб бўлувчи микробларнинг турига қараб унинг клиник кечиши ҳам турлича бўлади.

Септик жараённи яхши аниқлаш учун касаллик формасини ва қўзғатувчи микроорганизмни ўрганиш лозим. Масалан кўпинча стафилококк туфайли вужудга келган

сепсисда ҳарорат кўтарилиб, эт увишади, септицемияда грамм манфий микроорганизмда эса биринчи планда қон босими ва ҳарорат пасайиб, диурез камаяди.

С.В.Сазонов (1937), Л.И.Бубличенко (1946), А.В.Бартельс (1973) ва бошқалар сепсисни бу формасини бир неча турга бўладилар.

Аммо бу келтирилган формалар, айрим ҳолда деярли учрамайди. Антибиотиклар билан даволашда сепсиснинг формаларида анчагина ўзгариш юз беради.

СЕПТИЦЕМИЯ (SEPTISEMIA)

Сетицемия сепсиснинг энг тез ва оғир кечувчи формасидир. Бу одатда чилла даврининг 1-3 суткаларда авж олади. Касалликни бошланишида эт увишиб, тана ҳарорати 40-41°С га кўтарилади, томир уриши тезлашиб минутига 120-140 марта бўлади.

Касаллик оғир интоксикация (заҳарланиш) ва токсинемия билан кечади.

Бу формани сепсиснинг метастазсиз (тарқалмаган) формаси дейиш мумкин. Қонда микроб топилмаса сепсис йўқ деб фикр юритиш ҳамма вақт ҳам тўғри бўлмайди. Амалиётда олиб борилган тажрибаларнинг кўрсатишича лейкоцитларнинг фагацитозли хусусиятлари туфайли стафилококк қонда осон йўқолади, аммо тўқима ҳужайралари ораларида сақланиб қолади. Кўп муаллифларнинг фикрича эт увишиш қанча кучли бўлса, касаллик шунча оғир кечаётганидан далолат беради. Антибиотиклар билан даволаш жараёнида харорат бир оз пастроқ (38,5-38,0°) бўлиши мумкин. Септицемия билан оғриган беморларнинг териси, тирноқ юзалари, шиллиқ қаватлари одатда рангсиз, бироз кўкимтирроқ бўлади. Баъзан кўзнинг пастки қовоғида майда қонли тошмаларни кўриш мумкин. Беморнинг қорин девори ва орқасида кўкрак ҳамда оёқ-қўлларида майда тошмалар кузатилади, юзида эса тошмалар капалак каби жойлашади.

А.А.Никольский ва бошқалар (1957) бу хилдаги тошмалар қон капиллярларини зарарланиши натижасида майда инфарктлар, микроблар билан эмболиялар туфайли вужудга келади деб ҳисоблайдилар.

Баъзан бу тошмалар марказида, терида ва ички аъзоларда йирингли ҳолат кузатилади.

Беморнинг нерв системаси зарарланиши туфайли оғир бош оғриқ, қусиш, энса мускулларининг тонусини ошиши кузатилиб, Керниг, Брузинский, Гордон белгилари мусбат бўлади (яъни менингоэнцефалитнинг клиник картинаси). Бу белгилар жуда тез намоён бўлиб, парез ва фалаж билан натижаланиши мумкин. Беморнинг нафас олиши тезлашади. Касалликнинг бошланишида артериал босим бирмунча пасаяди. Қисман бемор юрагида систолик шовқин эшитилади. Тили қуриб, оқ ёки жигар ранг караш бойлайди. Баъзи беморнинг жигар ва талоғи катталашади.

Септицемиянинг оғир формасида сассиқ, кўкимтир рангда ичи кетади. Агар интоксикация кучли бўлса бемор сийдиги ва ахлатини тутолмайди, чунки тўғри ичак мускул ҳалқасида парез бўлади. Қонда гемоглобин бир оз камаяди. Лейкоцитлар дастлаб кўпаяди.

Агар қонда лейкопения бўлса бу суяк мияси фаолиятини камайиб кетганидан далолат бериб, бу ҳолат оғир натижаланиш белгисидир.

Қон формуласи чапга сурилади, касалликнинг оғир формасида анэозинофилия ва нейтрофилларнинг кўпайиши кузатилади. Миэлоцитлар ва ёш нейтрофил ҳужайралар пайдо бўлади, таёқсимон ядроли нейтрофиллар бирмунча кўпаяди, лимфоцит ва моноцитлар камаяди, токсик донали нейтрофиллар пайдо бўлади. Анизацитоз ва пойкилоцитоз ҳолати кузатилиб бу эритропоэзнинг ўзгарганидан далолат беради.

Қон формуласидаги ўзгаришлар билан биргаликда клиник кузатиш йўли билан касалликка аниқ ташхис қўйиш мумкин бўлади. Чунки қондаги ўзгаришларни бошқа бир қатор касалликларда ҳам учратиш мумкин. Агар сепсис бемордаги эндометрит туфайли вужудга келган бўлса, унда бачадондан тўқ лойқа, кўп, ёмон ҳидли чиқинди ажралади, бачадон пайпасланганда оғриқли бўлади. Чилла давридаги септицемия оғир касаллик бўлиб кўпинча бемор ўлими билан тугайди.

Қонда С — реактив оқсил кўпаяди. Касал тузала бошлагач бу аста камая боради.

СЕПТИКОПИЕМИЯ (SEPTICOPIEMIA)

Септикопиемияда турли аъзо ва тўқималарда йирингли абсцесслар кузатилади.

Септикопиемияни септицемиядан фарқи биринчи ўринда микроблар токсинининг таъсири кузатилади. Септикопиемияда патоген микроблар дойим лейкоцитларда, ретикулоэндотелиал системаларда тўпланади. Бундан ташқари қон томирларда инфекцияланган тромблар бўлади.

Организмдаги касалликнинг вужудга келтирган микроблар туфайли янги-янги метастазлар кузатилади.

Кўпинча чилла даврида ишлатилган антибиотиклар туфайли септикопиемия камроқ учрайди. Аммо шундай ҳолатлар бўладики микроблар бактерияга қарши ишлатиладиган препаратларга чидамли бўлгани учун касаллик оғирлашиб, септицемия, септикопиемияга ўтиб кетади. Септикопиемияни даволаш натижасида бироз енгиллаган бўлиб туриб, яна янги абсцесс пайдо бўлиши билан касаллик яна кучаяди.

Касаллик белгилари: тана ҳарорати бирданига кўтарилиб (бу янги абсцесс пайдо бўлгандан) бир неча кун ўзгариб туради, пульс тезлашади.

Баъзан ҳарорат гектик равишда кўтарилиб, ҳар бир кўтарилиш оралиғи деярли билинмайди.

Ҳарорат кўтарилиши билан пульс ҳам тезлашади. Пульс интоксикация ҳолатини кўрсатади. Ҳар эт увишиш орасида пульс хатто 140 га етади. Эт увишиш ўтгандан кейин тана ҳарорати бироз тушади (38°С гача).

Баъзи беморларда қўзғалиш ҳолати, баъзиларида эса хомушлик кузатилиб, бўшашган бўладилар. Баъзан хомушлик қўзғалиш билан алмашиниб туради. Беморда кўпинча уйқусизлик ҳолати кузатилади. Улар болдир мускуллари оғришидан шикоят қиладилар, кўп чанқайдилар, иштаҳалари йўқолиб, баъзан кўнгилдари айнайди.

Тери юзаси аста-секин ер рангини олади, баъзан эса сарғаяди. Кўпинча эритроцитларнинг парчаланиши натижасида енгил формада билирубинемия бўлгани учун бемор танаси сарғаяди, ичи кетиб, сассиқ ҳидли бўлади. Бу юқоридаги ҳолатлар аста-секин аёл организми фаолиятини издан чиқазади. Аёл озиб, юзида хорғинлик бел-

гилари кўринади. Атроф муҳитга бефарқ қарайди. Тили кир жигар ранг караш билан қопланади, кейин унда ёриқлар пайдо бўлади.

Кўп беморлар терисида қонли (петехиал) тошмалар кўриш мумкин. Бундан ташқари жигар ва талоқ ҳам катталашиб қолиши мумкин.

Юрак-томир системаси фаолияти ҳам бузилади. Бу функционал характерда бўлиб (юрак учида ёки аортада) систолик ёки диастолик шовқин эшитилади, юрак чегараси кенгайиб, аритмия ёки миокард (юрак мускули) нинг қирилгани эшитилади (қирилган каби овоз).

Организмнинг қаршилик кучига, инфекциянинг вирулентлигига ва даво чораларига қараб бундай ҳолатлар 5-14 кун чўзилади.

Кейинчалик бемор аҳволи яхшиланиб боради. Бемор бутунлай тузалиб кетиши ёки янги метастаз бўлса касаллик яна қайталаниши мумкин.

Кўп беморларда гемоглобин камайиб кетади. Оғир ҳолатларда, касаллик узоқ чўзилганда қон ишлаб чиқарувчи аъзоларнинг фаолияти ҳам бузилади. Эритроцитлар камаяди. Пойкило-анизацитоз, эритобластларнинг пайдо бўлиши ретикулоэндотелиал системанинг компенсаторлик хусусиятига боғлиқдир.

Лейкоцитоз деярли кўпчилик беморларда, лейкопения эса қисман кузатилади. Лейкоцитоз бўлганда асосан нейтрофиллар кўпаяди. Баъзан таёқсимон ядроли ҳужайралар 30-40% га кўпаяди, одатда эозинофиллар миқдори камаяди ёки бутунлай йўқолади, лимфо — моноцитопения, токсик донали нейтрофиллар кузатилади, сийдикни салмоқли оғирлиги камайиб кетади (1015 дан кам) оқсил, эритроцит ва цилиндрлар пайдо бўлади. Септикопиемияда кўпроқ ўпка, буйрак, бош мия зарарланади.

Ҳозирда ўпкада тромблар ҳосил бўлиши исботланган. Бунга сабаб қон қуюлиш хусусиятининг ошишидир.

Ўпкада пневмония, буйракда нефрит, баъзан септик эндокардит ҳолатлари кузатилиб, бу ҳолат кўпинча токсинлар таъсирида вужудга келади.

Баъзан абсцессларни бўғимда, мускуллар ва умуман тўқималар оралиғида ҳам учратиш мумкин. Бош ва орқа мияни зарарланиши: менингит, мия артериясининг эм-

болияси, мияда абцесслар вужудга келиши билан намоён бўлади. Демак, чилла давридаги септикопиемия оғир ва узоқ кечиши билан характерланиб касалликнинг натижаланиши яхши эмас.

ХРОНИОСЕПСИС – СЕПСИСНИНГ СУРУНКАЛИ КЕЧИШИ

Хрониосепсис клиникаси яхши ўрганилган эмас. Бундай узоқ ва оғир кечадиган сепсисни формаси кўп учрайди. Кўпинча яллиғланиш жараёнининг иккинчи босқичидан (эндометрит, мастит ва б-лар) кейин қоладиган касалликдир. Бемор субфебрил ҳароратдан, қувватсизликдан, бош оғриғидан, бош айланишидан, уйқучанликдан, кўп терлашдан ва баъзан ичини суюқ келишидан шикоят қилади. Бу касалликни аниқлаш фақат бактериологик текшириш йўли билан олиб борилади. Беморда қайта-қайта текширув ўтказиш лозим бўлади. Қонда лейкоцитоз, СОЭ жуда юқори бўлмайди.

Сув, туз ва оқсил алмашинуви деярли ўзгармайди. Лизоцим бир оз камаяди. Иммунологик антитоксиннинг титри бир оз кўтарилгани кузатилади.

Беморнинг аҳволи оғирлашса, сепсисга хос белгилар вужудга келади. Эт увишиб, ҳарорати кўтарилади, модда алмашинуви издан чиқади.

СЕПТИК ШОК

Бу хилдаги шок кўпроқ яширин абортда кузатилади.

Шокнинг вужудга келишида инфекция ва унинг ажратган токсинигина сабаб бўлмасдан аёл организмининг ҳолати ва ундаги жинсий аъзоларга алоқадор бўлмаган касалликлар (диабет, иммунодепрессив онофлакция ва бошқалар) ҳам маълум рол ўйнайди.

В.Н.Серов ва бошқаларнинг кузатишларича, шокнинг авж олишида уч фаза бўлади:

1) илиқ нормотония; 2) илиқ гипотония; 3) совуқ гипотония.

Биринчи фаза — илиқ нормотонияда клиник белгилар унча аниқ бўлмайди.

Муаллифларнинг фикрича, септик шокка ташхис қўйишда қуйидаги клиник белгиларга аҳамият берилади.

1. Турли жарроҳлик операцияларидан (аборт, туғруқда) чилла давридан кейин гипертермия кузатилиб тана ҳарорати 38°С дан юқори бўлади;

2. Эритродермия (тарқалган ёки товонда) кузатилиб, бу кейин пўст ташлаб кўчади;

3. Шиллиқ қаватларнинг зарарланиши — коньюнктивит, ларингит, қиннинг шиллиқ пардасида яллиғланиш жараёни, қиндан кўп миқдорда чиқинди ажралиши.

4. Артериал қон босим пасаяди — артериал гипотония, систолик босим 90 мм симоб устунига тенг ёки ундан паст бўлади.

5. Аъзолар фаолияти бузилади:

а) ошқозон-ичак системасининг фаолияти бузилиб, беморни кўнгли айнаб қусади, ичи кетади (диарея);

б) жойли неврологик белгиларсиз марказий нерв системасининг фаолияти издан чиқиши натижасида аёл ҳушидан кетади;

в) буйракда, сийдикда азот, мочевина ва креатинин 2 баробардан ошиқ бўлади, протеинурия, олигурия кузатилади;

г) жигарда: билирубин нормадан $1^1/_2$ баробар ошади, плазма ферментларининг фаоллиги икки марта кўп бўлади.

д) қонда: камқонлик, лейкоцитоз, қон формуласининг чапга оғиши, тромбоцитопения, гиперосмоляр ҳолат пасайгани, гипопротеинемия, гипоальбуминемия, гиперлактатемия, гиперклекемия, метаболик ацидоз;

е) ўпкада: респиратор дистресс — синдром (ўпкада интерстициал шиш), тахипноэ, гипоксемия;

ж) юрак-томир системасида: гипер ва гиподинамик синдром, автоматизм ва юрак ритмининг бузилиши, миокард ишемияси, микроциркуляция бузилиши.

Қоннинг (салмоғи) оғирлиги камаяди. Баъзи беморлар қайт қилиб, ичлари кетади. Ичлари суюқ, сассиқ ва кўкимтир бўлиб, шиллиқ бўлмайди. Ич кетиши билан биргаликда қисқа муддатга бемор ҳушидан кетади, кўпчилик беморларда гемоглобин деярли ўзгармайди. Баъзан камайиши мумкин. Лейкоцитоз, қон формуласининг чапга

оғиши, полиморф-нуклеар ҳужайраларнинг миқдори кўпайиши кузатилади. Нейтрофилларнинг токсик доналилари кўпаяди. СОЭ унча ошмаслиги мумкин.

Бу хилдаги шокнинг вужудга келиш сабабларини грамм манфий микробларнинг ажратган токсинларни қон томирлар рецепторига таъсиридан деб ҳисоблаш мумкин. Баъзан даво чоралари узоқ вақт ёрдам бермаслиги ҳам мумкин. Бунга сабаб микроорганизмлар ўлган бўлсаларда уларнинг токсинлари ўз таъсирини кўрсатишда давом этади.

Эндотоксин қонга тушгач жигарнинг қисқариш хусусиятини бузади, портал (жигар томирида) босим ошиб қон босими камаяди.

Қон томирларда айланаётган қон миқдори камайиб, натижада юракнинг ва буйракнинг қон томирларида қон айланиши ҳам камаяди.

Қон томирларда айланаётган қон миқдори камайиб, натижада юракнинг ва буйрак қон томирларида қон айланиши ҳам камаяди. Буйракда қон айланишининг камайиши унинг концентрацион ва фильтрацион фаолиятини ҳам камайтиради. Ниҳоят буйракнинг етишмовчилиги оша бориб, аёл ўлими билан натижаланиши мумкин.

СЕПТИК ШОКНИ ДАВОЛАШ

Даволаш одатда маълум режа бўйича олиб борилади. Ўпкада респиратор дистресс — синдроми бошланиши биланоқ кислород ҳидлатилади (5 см сув устинига тенг босимда 50% кислород ва хавони сунъий вентиляция йўли билан юборилади).

Турли эритмаларни юбориш гемодилюция ҳолатини кузатган ҳолда олиб борилади. Бемор қусиш ва ич кетиши билан бирга кўп миқдорда сув ҳам йўқотади. Шунинг учун гемодинамикани турғун ҳолга келтиришда барча омиллардан фойдаланиш керак (оқсилли эритмалар, интоксикацияга қарши: гемодез, альбумин ва бошқалар).

Септик шокнинг авж олишини олдини олиш учун В.Н.Серов ва бошқалар налоксандан фойдаланганлар (дастлаб 0,0004 г, кейин ҳар 5 минутда 30 минут давомида 0,008 г дан).

Қон ивишига қарши (септик ҳолатларда қоннинг ивиш хусусияти ошиб турли аъзоларда тромбалар вужудга келади), венага бошқа эритмаларга қўшиб томчи сифатида гепарин юборилади. Бундан ташқари антитромбинни ва плазмоген концентрациясини кўтариш учун янги тайёрланган қондан қуйиш (иложи бўлса тўғридан-тўғри қуйиш) лозим. Шокнинг янада оғирлашишини олдини олиш учун инфекцияни тарқалишидаги биринчи манба — бачадонни қўшимчалари билан биргаликда олиб ташлаш керак.

Артериал гипотензияни тиклаш, микроциркуляцияни яхшилаш учун налоксон, глюкортикоид гормонлар, антиагрегантлардан фойдаланилади. Интоксикацияни камайтириб, диурезни тиклаш учун перитонеал диализ, лимфогемосорбция ва бошқалар қўлланилади.

Бактерияга қарши қўлланиладиган препаратлардан аёл организми ва микроорганизмни шу препаратга бўлган сезгирлигини аниқлаб кейин фойдаланиш керак.

Булардан ташқари лазердан фойдаланиш ҳам мумкин. Лазер организмнинг модда алмашинувига таъсир кўрсатиш билан бирга унинг қаршилик кучини оширади, аъзолар фаолиятига ижобий таъсир кўрсатади.

СЕПСИСНИ ДАВОЛАШ

Сепсис билан оғриган беморларнинг аъзо системаларидаги патологик ҳолатларни синчиклаб ўрганган ҳолда даво чораларини қўллаш керак.

Туғруқхоналарда септик касалларни операция қилиш учун алоҳида хона ажратилади. Аслида эса септик касаллар учун алоҳида туғруқхона бўлса мақсадга мувофиқ бўлади.

Даволашни бошлашдан олдин касалликни қўзғатган микроб турини аниқлаш керак. Бунинг учун қон, йиринг, сийдик, бачадон ва сутдан экиш (посев) керак. Экмани ҳар 7-10 кунда олиб текшириб туриш лозим. Микробларнинг антибиотикка нисбатан сезгирлигини ўрганиш шарт. Шунга қараб даволаш учун керакли антибиотиклар тайинланади. Бундан ташқари беморнинг ҳам сезгирлигини аниқлаш лозим. Агар аёлда бирор антибиотикга нисбатан аллергик ҳолат бўлса шу антибиотик ишлатилмайди. Специфик иммунитетни фаоллаштириш учун стафило-

коккга қарши 50-200 мл дан ҳар 2-3 кунда плазма ёки стафилококкка қарши гаммаглобулин 120 АЭ дан ҳар 5-7 кунда венага юборилади. Организмнинг иммунологик фаоллигини кўтариш учун мускул орасига 150 мл дан 6-8 кун давомида ҳар куни Т — активин, иммунмодулиндан укол қилинади.

Одатда бемор кўп суюқлик йўқотади, йўқотилган сувнинг ўрнини тўлатиш учун беморнинг бир килограмм оғирлигига 40 мл эритмалардан қўшилади. Улардан ош тузининг изотоник эритмаси, 5% глюкоза, реополиглюкин, гемодез, желатинолдан фойдаланиш мумкин. Эритмаларни томчилаб юборилади. Бунда албатта диурез ҳолатини аниқлаб туриш шарт.

Организмни электролитларга мухтожлигини нормаллаштириш учун оқсил моддаларга бой эритмалар: Рингер-Локк эритмасидан (бир литрда 0,2 гр калий хлорид ва 9 грамм ош тузи бор) венага юборилади.

Маълумки сепсисда калий камайиб кетади, унинг концентрациясини аниқлаб калий хлорнинг 1% эритмасидан фойдаланилади. Оқсил моддаларидан бир суткада 300 мл гача плазма, альбумин 5-10% ва 20% эритмасидан 300 мл гача, ҳамда козеин гидролизати эритмасидан (бу триптофандан ташқари эркин аминокислота тутади) фойдаланилади.

500 ва 1000 мл гача аминопептитдан венага юборилади. Оқсилли препаратлар ва калий тўқималардаги алколозни яхшиланишига ёрдам беради. Агар плазмада ацидоз бўлса унда натрий бикорбонат эритмасидан юборилади. Энергетик ресурсларни яхшилаш учун венага глюкозадан 500 мл юбориш яхши ёрдам беради.

Тромб ҳосил бўлишининг олдини олиш учун ҳар 3-5 соатда бир суткада 30 000 — 40 000 бирликда тери остига гепарин юборилади. Гепарин билан даволаш тугагач 10 000 бирликда протеазнинг ингибиторларидан трассилол, кейин эса 25 000 бирликда контрикал юборилади. Бемор гепарин олган даврида албатта қоннинг ивиш хусусиятини текшириши туриш шарт.

Буйрак усти безининг глюкокортикоид концентрациясини нормаллаштириш учун бир суткада 250-500 мг дан гидрокортизондан инъекция қилинади, 2-3 кундан кейин унинг дозасини аста-секин камайтириб 50-25 мг дан қили-

нади. Септик шокда қон босими жуда камайиб кетиши сабабли глюкокортикоидлар дозасини кўпайтириб 2000 мг гача юборилади, дастлаб 500 мг дан укол қилинади. Преднизолон ва бошқа турдаги глюкокортикоидларни ишлатиш мумкин. Агар олигурия (сийдик миқдорини кам бўлиши) ёки анурия (сийдикни бўлмаслиги) ҳолати кузатилса организмдан оқаётган қон миқдорини тўлатиш ва турли эритмалардан фойдаланиш керак. Ўпка шишини олдини олиш учун юбориладиган суюқлик миқдорини камайтириш керак. Плазма, альбумин, қон, глюкоза ҳам ишлатилади. Интоксикацияга қарши турли эритмаларни анурия бўлганда ишлатиш фойда бермайди. Одатда септик шокнинг қўзғатувчиси грам манфий бактерия бўлгани учун бир суткада 20000000 дан 30000000 бирлик гача пенциллиндан, ампициллиндан 6 г укол қилинади. Агар септик ҳолат бачадондаги чиқиндилар туфайли вужудга келган бўлса, унда бачадонни қириб чиқиндиларни олиш, операциядан олдин етарли даражада оғриқсизлантириш ва глюкокортикоидлардан инъекция қилиш керак. Хрониосепсисда даволаш анча узоқ давом этиб, бактерияга қарши даво чораларини алмаштириб туриш керак бўлади.

Ҳозирги кунда микробларга қарши кенг спектрга эга антибиотиклардан фойдаланиш лозим (кефзол, клафоран, цепорин, роцеорин). Стафилококка қарши плазмадан 200 мл ҳар 3 кунда 3 маротаба инъекция қилинади. Модда алмашинув жараёнини яхшилаш чораларини кўриш керак.

Агар қонни экилганда (посев) яна бактерия топилса, унда даволаш курсини қайтариш, аммо антибиотикларни алмаштириш керак бўлади. Кенг спектрда таъсир кўрсатувчи (цепорин, линкомицин, фузидин, кефзол, гентамицин, бисептол) дорилар қўлланилади. Албатта бундай беморларни аҳамият бериб парвариш қилиш лозим бўлади.

ОЁҚ ВЕНАЛАРИНИНГ ТРОМБОФЛЕБИТИ

Чилла давридаги инфекцион касалликлар орасида оёқ веналарининг тромбофлебити алоҳида ўрин тутади.

Тромбофлебитнинг келиб чиқишини аниқ характерлайдиган назария йўқ. Аммо ҳозирги тушунчаларга кўра

тромбларни вужудга келишини гемодинамиканинг ўзгариши, қон томирларнинг ҳолати, туғруқда ва операцияда жароҳатланиш, инфекция ва бошқа омилларга боғлаш мумкин. Бундан ташқари қоннинг қуюлиш хусусиятига ҳам боғлиқ бўлади.

Бу ҳолат ҳомиладорликда, чилла даврида 21-35 ёшдаги аёлларда ва қайта ҳамда кўп туққан аёлларда кўпроқ кузатилади.

Тромбофлебит кўпроқ чилла даврида учрайди. Турли касалликларда, хусусан сурункали интоксикация, вирусли гепатит ва бошқа жинсий аъзоларга алоқадор бўлмаган касалликларда тромбофлебит кўпроқ кузатилади. Ҳомиладорликда тромботик жараён флеботромбоз ёки тромбофлебит кўринишида кечиши мумкин. Дифференциал ташхис қўйиш жуда қийин. Этио-патогенези, касалликнинг кечиши ва натижаланиши ҳамда даволаш чоралари турлича.

Чилла даврида оёқдаги чуқурга жойлашган веналарни тромбофлебитнинг асосий патогенетик омилларига: 1) ҳомиладорликда уларнинг кам харакатчанглиги, ҳомиланинг бачадонни босиши натижасида ёнбош вена қон томирларида қон айланишининг секинланиши; 2) ёнбош вена билан артериянинг анотомик жиҳатдан аномалияси; 3) туғруқда ва операцияда чаноқ ҳамда тўқималардаги қон томирларнинг жароҳатланиши; 4) қоннинг биокимёвий хусусиятининг ўзгариши киради.

Кўп муаллифларнинг фикрича тромбофлебит билан оғриган аёлларда ҳомиладорликнинг биринчи ва иккинчи ярмида токсикозлар кўпроқ кузатилади. Ҳомиладорликда қон томирлар тонуси ўзгарган аёлларда тромбофлебит кўпроқ учрайди.

Жароҳат қоннинг физик-кимёвий хусусиятини ўзгартириб, натижада тромбознинг вужудга келишига шароит туғдиради.

Маълумки туғруқ жуда мураккаб жараёндир. Туғруқда йўлдош ажралган бачадон деворида (йўлдош майдонида) ярали юзалар қолади.

Бу юзаларда тромб билан бекилган қон томирлар ва тўқима парчалари бўлади. Бундан ташқари туғруқ йўлларининг жароҳатланиши тўқималарнинг тромбопластини,

томирларда қон оқишини сустлаштиради. Бундан ташқари жароҳатланган юзалардан инфекция қон томирларига осон кириши мумкин.

Кўп текширишлардан маълум бўлишича ҳомиладорликдаги иммунологик реактивлик кўпинча резус мос келмаслиги, ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида вужудга келадиган токсикозгестозлар), қоннинг ивиш хусусиятини оширишга сабаб бўлиши мумкин. Токсикозларда қон қуюлиш хусусиятининг бузилиши: 1) қон томирлар деворининг ўтказиш хусусиятининг ошиши; 2) жигар фаолиятининг етарли бўлмаслиги; 3) қонда антикогулянтларнинг концентрациясининг ўзгариши; 4) қон томирлар ичида қоннинг қуюлиши.

Туғруқнинг оғриқли кечиши, қон кетиш хавфи, қонда картизон ва адреналиннинг ошиши тромбопластиннинг ошишига ва қоннинг антитромбин фаоллигининг камайиши тромбофлебитнинг вужудга келишига сабаб бўлиши мумкин. Оқсил фракцияларининг альбумин, глобулин мувозанатининг бузилиши ҳам тромбофлебитга сабаб бўлади. Кўп текширишлар шуни кўрсатадики туғруқнинг узоқ давом этиши натижасида тромбоцит ва проконвертиннинг миқдори ошиши кузатилади.

Фибриноген ва қоннинг V, VII, VIII ҳамда бошқа омилларининг туғма етишмаслиги ҳам чуқур жойлашган веналар тромбофлебитига сабаб бўлиши мумкин.

Чуқур жойлашган веналарнинг тромбофлебити метротромбофлебит, чаноқ веналарининг тромбофлебити, ёнбош-сон ва сон болдир ҳамда оёқ веналарида учраши мумкин. Клиник кечиши бўйича: ўткир, нимўткир, сурункали турларга бўлинади. Тромбофлебитнинг бирламчи жойлашиши периферик (чаноқдан ташқарида) ва марказий (чаноқ ичида)га бўлинади.

Чаноқ ташқарисида жойлашган тромбофлебитга чуқурда ва юзада жойлашган ёнбош-сон веналарининг тромбози киради.

Чилла давридаги эндомиометритда тромбоз бачадон веналаридан (метротромбофлебит) бошланади. Буни аниқлаш осон бўлмайди. Бунда клиник кўриниш: бачадоннинг чилла даврида қисқаришининг сустлашиши (Subinvolutio), узоқ вақт бачадондан қон келиши, қин орқали

текширганда бачадон юзаси ғадир-будир (тарелкага ўхшаш чуқурча) сероз қавати остида эгри-бугри тасмачалар аниқланади. Кейин жараён чаноқ-ёнбош, соннинг чуқур веналарига, яна кейинроқ умумий ёнбош веналарга ва баъзан пастки веналарга тарқалади. Одатда ҳомиладорликда ва чилла даврида тромбофлебит оёқнинг пастки қисми: болдир, оёқ веналаридан бошланиб, кейин сон ва чаноқ веналарга тарқалади. Тромбофлебит чилла даврининг дастлабки 6-12 кунларида авж олади. Кўп муаллифларнинг фикрича чап оёқнинг чуқур веналарида тромбоз кўпроқ учрайди, буни қоннинг чап оёқда сустроқ оқишидан деб изоҳлайдилар. Чаноқ веналарининг тромбофлебити одатда 2-ҳафтанинг охирида вужудга келади. Бу хилдаги тромбофлебитда чаноқнинг юқори ва пастки қисмининг веноз системасини зарарланиши кузатилади.

Веналарнинг пастки қисмининг тромбози метротромбофлебитни эслатади. Қин орқали текширганда бачадоннинг кенг бойламининг пастки қисмида эгри-бугри тасмачаларни (гўё чувалчангга ўхшаш) пайпаслаш мумкин. Бачадон бўйнининг ички тешиги соҳасида, чаноқнинг ён деворлари томонга йўналган 2-4 см кенгликда инфильтрат аниқланади.

Агар тромбофлебит чаноқ веналарининг юқори қисмига жойлашган бўлса, айниқса касалликнинг бошланишида қин орқали текширганда эгри-бугри, йўғонлиги 1-1,5 см келадиган тасмачаларни бачадон тубининг бурчагидан чаноқ-ёнбош бўғими томон йўналгани аниқланади. Сўнгра бачадон киримталари соҳасида айтарли катта бўлмаган шиш кўринади. Бу ҳолат киримталарнинг яллиғланишини эслатади.

Чаноқ веналарининг юқори қисмининг тромбофлебитида эмболия хавфи кўпроқ учрайди. Касалликнинг бошланишида (яширин даврида) ҳарорат бир оз (37,1-38,5 С) кўтарилади, белда ва қорин пастида бир оз оғриқ кузатилади. Агар тромбофлебит оёқда бўлса шу оёқнинг болдир мускуллари ва вена томири бўйича оғриқ сезилади.

Пайпаслаб кўрганда сон веналари бўйлаб оғриқдан ташқари уларнинг бирмунча таранглашганлиги кузатилади.

Агар тромбоз ўпка веналарига ўтган бўлса, бунда ҳароратнинг янада кўтарилиши кузатилади.

Баъзи беморларда ҳарорат кўтарилишидан олдин пульс нарвонга ўхшаб оша бориб сўнг тезлашгани кузатилади. Умуман чуқур веналар тромбозида ҳарорат кўтарилади. Бу ҳолат 2-3 ҳафта давом этиши мумкин.

Баъзан бемор думғаза соҳасида оғриқ сезади, шунинг учун бунга миозит ва радикулит деб нотўғри ташхис қўйиш мумкин. Баъзан оғриқ тўш соҳасида, ёнбошда бўлади. Кўпинча бемор унча кучли бўлмаган бел соҳасига, сонга ва қорингa тарқалган оғриқдан шикоят қилади.

Оёқнинг чуқур жойлашган веналарининг тромбофлебитнинг характерли белгиларидан: бемор болдир мускулларида, тизза бўғимининг орқа чуқурчасида, соннинг олдинги ичкариги юзасида ва бутда оғриқ сезади.

Баъзи беморларда касаллик бирданига кучли оғриқ билан бошланади. Бу оғриқни асосан артерия қон томирларининг торайиб кетиши натижасида вужудга келган ишемиядан деб тушунтириш мумкин.

Бунда бемор оғриқдан оёғини қимирлата олмайди. Баъзан псоит (сонлар букилган ҳолда) белгилари кузатилиб, шу оёқда сезгирлик ҳолати бузилади, оёқда парез бўлиши мумкин.

Кўп ҳолатларда оёқда шиш пайдо бўлади. Буни аниқлаш учун сантиметр билан ҳар икки оёқнинг маълум қисмини ўлчаб, оёқда шиш бор йўқлиги аниқланади.

Шишнинг пайдо бўлишини: кўп муаллифлар аноксиядан, томирлар эндотелийсининг ўтказиш хусусиятининг ошишидан, артериал спазмдан, лимфа йўлларининг бекилиб қолишидан, яллиғланиш жараёнидан деб ҳисоблайдилар. Чуқур веналар тромбозида тери юзасининг ранги ўзгармаслиги мумкин. Баъзан тромбознинг жойлашишга ва тарқалишига қараб вена капиллярларининг кенгайишидан, қон айланишининг сустлашишидан тери юзасининг кўкаришини кузатиш мумкин. Бунда тери кўринади, анемия, лейкоцитоз, СОЭ нинг кўтарилиш ҳолатлари, болдир веналарининг ўткир тромбофлебитида оёқнинг олдинга максимал эгилиши (Гоманс симптоми) кузатилади. Осциллография, реовазография, термометрия, капилляроскопия, флебиофометрия, қон оқими тезлигини аниқлаш, флебография, тромбоэластография, радиоизотоп ва биохимик текшириш усулла-

ри қўлланилади. Тромбофлебит баъзан тромбофлебитдан кейинги синдром билан мураккаблашади. Бу синдром уч даврдан иборат: реканализация даври, гемодинамик бузилишларнинг компенсация, вена қон алмашинувининг декомпенсация даври.

Тромбофлебитдан кейинги синдром оёқни шиши, веналарнинг компенсатор кенгайиши, терининг ва тери ости клетчаткасини қаттиқланиши (индурация), пигментация ва трофик яраларнинг вужудга келиши билан характерланади.

Оёқнинг юза веналари тромбофлебитида тромб кўпроқ V.Sophena га жойлашади. Бу хилдаги тромбофлебит ҳам ўткир, нимўткир ва сурункали кечади.

Юза веналарнинг тромбози чилла даврининг биринчи ва иккинчи хафтасида вужудга келади. Баъзан кечки муддатларда ҳам учраши мумкин. Кўпинча жараён ҳар икки оёқда бўлиши мумкин.

Касаллик бошида унча кучли бўлмаган оғриқ билан бошланади. Оғриқ жараён жойлашган веналар бўйлаб бўлади. Ҳарорат камдан-кам ҳолатларда кўтарилади. Пайпаслаб кўрганда тромбоз бўлган вена қисмида ҳамда шу зарарланган вена бўйлаб оғриқ сезилади. Веналарнинг тромбоз бўлган жойининг териси кўкарган ёки тўқ қизил рангда бўлади. Тромбофлебит бўлган оёқ соғ оёққа нисбатан бирмунча шишган (1-2 см ва ундан кўп) бўлади.

Маълумки, чилла даври нормал кечганда фибриноген ва протромбин индекси кўпайиб, қоннинг фибринолитик фаоллиги камаяди. Тромбофлебитда бу кўрсаткичлар анча ўзгаради.

Касалликнинг ўткир даврида плазманинг рекальцификация вақти қисқаради, гепаринга нисбатан толерантлиги ошади. Фибриноген кўпаяди. Гепарин вақти камайиб қоннинг фибринолитик фаоллиги йўқолади. Бу касалликнинг ўткир давридаги гиперкоагуляция ҳолатидан далолат беради. Плазманинг гепаринга бўлган толерантлигини аниқлаш, лаборатория текширувларида ташхис қўйишга энг асосий кўрсаткичлардан ҳисобланади. Қўшимча текшириш усулларидан бўлмиш тромбоэластографиядан ҳам фойдаланилади. Қон қуюлиш системасининг ҳолати оқсил алмашинувига боғлиқ бўлгани учун С — реактив

оқсилни, умумий оқсилни ва унинг фракцияларини текшириш ҳам ташхис қўйишга ёрдам беради.

С — реактив оқсил тромбофлебитда юқори бўлади. Касалликнинг ўткир даврида гипопротеинемия (оқсилни камайиши) кузатилади. Кўпроқ оқсилнинг альбумин фракцияси камайиб кетади.

Электролитлардан калийнинг концентрацияси камаяди. Тўқималардаги шиш асосан артериялар спазми ва аноксия (кислород очлиги) туфайли томирларнинг ўтказувчанлик хусусиятини ошиши натижасида вужудга келади.

Қоннинг pH — ни ацидоз томонга оғиши гепаринни нормал тарқалишини бузади, натижада гиперкоагуляциянинг вужудга келишига сабаб бўлади. Кўп текширишларда капиллярлардаги ҳамда вена қонидаги эритроцитларда метаболик ҳолатнинг бузилиши аниқланган (метоболик ацидоз). Тромбофлебит бўлган оёқда чилла даврининг 2-4 суткасида қон айланиш миқдори сусаяди.

ФЛЕБОГРАФИЯ

Қонга рентгеноконтраст (ўз таркибида йод тутган препартлар) модда юборилганда у қонга аралашиб томирлар бўйлаб оқади. Буни рентген орқали кўрилганда вена системасининг топографиясини ва қон оқиш тезлигини, тромбофлебит билан зарарланган томирлар аниқланади. Бу хилдаги текширишдан олдин албатта беморнинг ишлатиладиган препаратларга бўлган сезгирлиги аниқланади. Агар буйрак фаолияти бузилган, жигари касал, силнинг фаол формаси, гипертиреоз бўлса бу усул қўлланилмайди.

РАДИОИЗОТОП УСУЛ

Фибриноген ва плазминогенни, қоннинг қуюлиш системаси фаолиятини ошириши натижасида фибрин ва плазминга айланиб тромбоз бўлган ерга тўпланади.

Бу усул ёрдамида тромб ҳосил бўлган ерда радиоактивликни қай даражага кўтарилгани аниқланади.

УЛЬТРАТОВУШ ЁРДАМИДА ТАШХИС ҚЎЙИШ

Маълумки, тромб туфайли қон айланиши сустлашади. Ультратовуш ёрдамида шу тромбларни топиш мумкин.

ТЕРМОГРАФИК УСУЛ

Бу усул тананинг турли қисмларидаги ҳароратни аниқлашга асосланган. Ўткир тромбофлебитда касалланган қисмда инфрақизил нурланиш анча кучаяди, шунга асосланган ҳолда ташхис қўйиш мумкин.

Юқорида келтирилган усуллардан ташқари: плетизмография, капиллярография, электротермометрия, электрофлебомонометрия, ультрафенографиялардан ҳам фойдаланиш мумкин.

ТРОМБОФЛЕБИТНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ

Тромбофлебит хавфи бўлган аёллар ҳомиладорлик даврида алоҳида ҳисобга олинган ҳолда кузатилиб борилиши лозим.

Агар аёлнинг оёқ веналари кенгайиб кетган бўлса, эластик пайпоқ кийишлари ёки эластик бинтдан фойдаланишлари керак, бу билан оёқда қон алмашинуви нормаллашади.

А.Т.Лидский бўйича эластик бинтдан фойдаланиш қоидаси қуйидагича:

1) бинтни эрталаб ўриндан турмасдан ёки оёқларни юқорига (20-30 минут) кўтариб туриб бойлаш керак; 2) бинтни бир текста бойлаш зарур; 3) бинтни бойлашда уни оёққа ўраганда биринчисини устидан иккинчи қаватининг ярмисини қоплаши керак, бурмалар қолиши мумкин эмас; 4) бинтни биринчи маротаба айлантирганда лейкопластир билан бириктириш керак; 5) агар чуқур веналар тромбофлебити бўлса, бинт билан бойлаш тизза бўғимидан юқори бўлмаслиги керак. Агар тромбофлебит юқорига тарқалган бўлса, унда сонни ҳам бинтлаш керак бўлади. Жинсий аъзоларга алоқадор бўлмаган, аммо тромбофлебитнинг вужудга келишига сабаб бўладиган касал-

ликларни даволаш — шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш, оёқларни жароҳатдан сақлаш, узоқ муддат резинали оёқ кийим киймаслик, совуқ ва иссиқни бирданига ўзгартирмаслик, оёқни совуқ қотишидан сақлаш. Даволаш ва профилактика комплекси асосан қоннинг фибринолитик фаоллигини кучайтиришга қаратилган бўлиши керак. Бемор ёғли овқатлар истеъмол қилиши, жисмоний меҳнатни чегаралаши, уйқудан олдин тоза ҳавода сайр қилиши керак.

Тромбоэмболик ҳолатларнинг олдини олиш омилларидан: туғруқ жараёнини тўғри олиб бориш, жароҳатларни олдини олиш, қон кетиш билан курашиш, турли акушерлик операцияларга, ассептика қоидаларига риоя қилиш ва яхши оғриқсизлантириш лозим.

Чилла ва операциядан кейинги даврда оёқларда қон айланишини нормал кечишини таъминлаш, бунинг учун каравотни оёқ томонини 10-15° га кўтариб қўйиш керак. Бундан ташқари массаж, даволаш физкультурасидан фойдаланиш, қон ивишига тўғридан-тўғри таъсир қиладиган препаратлардан — гепариндан фойдаланиш мумкин.

Шунингдек қон ивишга тўғридан-тўғри таъсир қилмайдиган препаратларни узоқ ишлатилса у организмда йиғилиб қолиши мумкин. Шунинг учун протромбин 40% га камайганда препаратни ишлатиш тўхтатилади. Яллиғланиш жараёнини камайтириш учун бутадион ва реопириндан фойдаланиш мумкин. Томирлардаги спазмани камайтириш учун нош-па ёки спазмоанальгетиклар (баралгин, никотин) ишлатилади. Агар инфекция натижасида чуқурдаги веналар тромбофлебити вужудга келган бўлса антибактериал препаратлардан фойдаланиш керак. Буларга ярим синтетик пенициллинлар (метициллин, оксациллин, ампициллин), аминогликозитлар (гентамицин, канамицин, мономицин), цефалоридинлар (цепорин, кефзол) бундан ташқари эритромицин, олендомицин, линкомицин, фузидин киради. Яллиғланиш жараёнини камайтириш учун трипсин ва хемотрипсин, диссенсиблизация учун гистаминга қарши препаратлардан димедрол, пипольфен, тавигил ишлатилади. Модда алмашинувини яхшилаш учун оқсилли эритмалардан: бир суткада 300 мл плазма, 5%-10%-20% альбуминдан 300 мл, гидро-

лизат казеин билан биргаликда 500 мл аминопептит венага юборилади.

Анемияда ҳар 2 кунда 150-250 мл миқдорда қон қуйилади. Интоксикацияга қарши гемодез, реополиглюкин, 5% глюкоза, Рингер-Локк, Дарроу эритмаси, ош тузининг изотоник эритмасидан фойдаланилади. Бир суткада 1500 дан 2500 мл суюқлик қуйилади. Буйрак фаолиятига путур етказмаслик учун диурезни текшириб туриш керак. Чуқур жойлашган веналар тромбофлебитида гепариндан бир суткада 40 000 — 60 000 бирликда укол қилинади. Баъзи муаллифлар гепарин билан фибринолизиндан биргаликда 20 000 — 30 000 бирликда укол қилишни тавсия қиладилар. Гепариндан 3-5-7 сутка давомида фойдаланиш мумкин. Албатта бунда коагулограмма кўрсаткичларини кузатиб туриш керак. Кейин тўғридан-тўғри таъсир қилмайдиган антикоагулантлардан фойдаланилади Ю.Р.Рябов (1973), С.А.Боровскова (1978) ларни кузатишларича чуқур жойлашган веналар тромбофлебитида фаол даволаш чоралари кўрилишига қарамасдан баъзи ҳолатларда узоқ йиллар давомида касаллик асорати сақланиб қолади. Сурункали жараён вена системасининг етишмовчилиги — оёқларда шиш, оғриқ, юзадаги веналарнинг кенгайиши, терининг ва тери ости қатламининг таранглашиши, пигментация ва трофик яралар кузатилади. Бу ҳолат аёлнинг қобилиятини камайтиради, баъзан хатто ногирон қилиб қўяди.

ЧИЛЛА ДАВРИДАГИ МАСТИТ (СУТ БЕЗИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ)

Бунда сут безларига лимфа, қон ва сут йўллари орқали микроб киради. Инфекция кўпинча кўкрак тугунчаларининг ёрилган жойларидан киради, инфекция лимфа йўллари орқали без бўлаклари орасидаги клетчаткаларга жойлашади.

Сут йўллари орқали кирган инфекция без бўлакларига кириб, уларда яллиғланиш жараёни вужудга келишига сабаб бўлади. Патоген стафилококклар маститнинг асосий қўзғатувчиларидан ҳисобланади (А.В.Бартелс 1873 ва Б.П.Гуртавой 1977) ва 90% учрайди. 5% тида бир қатор

микробларнинг ассоциацияси натижасида вужудга келади.

Мастит билан оғриган беморлардан топилган микроблар кўпинча антибиотикларга чидамли бўлади.

МАСТИТНИНГ КЛИНИКАСИ

Унинг клиникаси асосан маститнинг формаси ва кечиш жараёнига боғлиқдир. Маститнинг формалари:

1. Серозли (бошланғич).
2. Инфильтратли (таранглашган).
3. Йирингли мастит.
4. Инфильтратив — йирингли, диффузли, чегарали;
5. Абсцессга айланган формаси, без тўқимаси айланмасининг фрункулези, абсцесси, без бўлакларининг абсцесси, без орқасидаги абсцесс (райтромамар абсцесс).
6. Флегмоноз формаси (йирингли — некротик формаси).
7. Гангреноз формаси.

Бу тасниф касалликнинг клиник кечишига асосланган. Мастит чилла даврининг 3 ҳафтаси давомида авж олади. Баъзан анча кечроқ юзага чиқиши мумкин. Кўпинча мастит бир томонлама бўлади. Баъзи ҳолларда ҳар икки томон ҳам касалланади. Одатда мастит ўткир равишда бошланади. Дастлаб безларда оғриқ пайдо бўлиб ва без қисмлари қаттиқлашади, тери юзаси қизаради. Кўпроқ ўнг сут безининг ташқи юзаси яллиғланади. Тана ҳарорати 39° ва ундан баланд кўтарилади, бош оғрийди, бемор ланж бўлади. Касалланган без катталашиб, унинг зарарланган қисмининг ҳарорати баланд бўлади. Кўпинча қўлтиқ ости лимфа безлари оғриқли бўлади. Бу клиник ҳолат серозли маститга хосдир.

Агар бу даволаш чоралари ёрдам бермаса маститни бу формаси уч кундан кейинги стадияга ўтиб кетади. Албатта бу микробнинг верулентлигига боғлиқ бўлади. Хозирги шароитда инфильтратив форма дезда йирингли формага ўтиб кетиши кузатилади. Йирингли формага ўтганда беморнинг умумий аҳволи оғирлашади (уйқуси бузилиб, иштахаси йўқолади, боши оғрийди ва бошқалар). Тана ҳарорати 38-39°С гача кўтарилиб эти увишади.

Агар касаллик давомида микроблар ассоцияси (қўшимча микроблар қўшилиб) ошса унда касалликнинг клиник кўриниши янада кучаяди.

Йирингли маститнинг инфильтратив формаси кўп учрайди. Бу формада йирингли жараён билан тўқималарда инфильтрация кенгая боради. Агар операция қилинса кесилган яра сатҳи гўё арининг инига ўхшаб кетади. Маститнинг бундай формасини диффуз форма деб аталади.

Маститнинг чегараланган йирингли формасида йирингланган тўқима чегараси аниқ билинади. Агар жараён юзароқ жойлашган бўлса ташхис қўйиш унча қийин бўлмайди. Агар абсцесс чуқурроқ жойлашган бўлса пункция қилиб аниқланади.

Маститнинг абсцесс шакли камроқ учраб, касаллик бирданига, тана ҳароратининг кўтарилиши, агар жараён чуқурроқ жойлашган бўлса қаттиқ оғриқ билан бошланади, кўкрак тўқимаси атрофига ёки тери остига жойлашган бўлса бунда оғриқ бирмунча суст бўлиб йиринг чиқариб ташланса (кесилса ёки пункция қилинса) ҳарорат тезда тушади.

Маститнинг флегмоноз турида йирингли жараён кўкрак безининг кўп қисмида жойлашган бўлади. Бунда ҳарорат бирданига кўтарилиб (40 ва ундан юқори) эт увишади. Беморнинг умумий аҳволи жуда оғирлашиб, у бош оғриғи, кўз чуқурчаси соҳасидаги кучли оғриқ ва қўрқувдан шикоят қилади. Кўкрак безининг ҳажми катталашади, тери юзаси кўкимтир қизил ёки тўқ қизил кўкарган ҳолатда бўлади. Лимфа безлари йўғонлашиб, баъзан уларда ҳам яллиғланиш жараёни белгилари кўринади. Агар маститнинг флегмоноз формасида некроз жараёни фаол авж олса касаллик жуда оғир кечади. Касалликнинг бу хилини флегмоноз-некротик форма деб юритилади. Унинг энг оғир формаси гангреноз маститдир. Бунда некроз жуда тез тарқалади. Касаллик бошланишиданоқ жуда оғир, сепсисга ўхшаб кечади. Уни кесганда кам, лекин қуюқ йиринг ажралади. Кўкрак бези тўқималари кулранг бўлади. Йирингли маститда кўп беморларда жараённинг секин авж олиши ва қўшимча абсцессларнинг вужудга келиши, баъзан фаол равишда даволанилса, клиник белгилар анча суст кечиши кузатилади. Ўз вақтида ва тўғри

даволанилса мастит 14-15 кун, оғир кечганида эса хатто 2-3 ой давом этиши мумкин.

Бемор қонида лейкоцитоз, СОЭ нинг кўтарилиши, интоксикация юқори бўлганда нейтрофилларнинг чапга сурилиши кузатилади. Агар йирингли мастит узоқ давом этса юқоридаги белгилардан ташқари гемоглобин камайиб, нейтрофилларда токсик доналар кўпаяди. Агар лактацион мастит бўлса жараён оғирлашган сари сутда лейкоцитлар кўпайиб кетади.

Маститдан зарарланган тери юзасининг ҳарорати тана ҳароратидан 1-2°С баланд бўлади. Буни аниқлаш учун ҳароратни ўлчаб ва суюқ кристаллар усули билан текширилади. Суюқ кристаллар яллиғланган юзада ўз рангини ўзгартиради.

Мастит билан оғриган беморларда лейкоцитларнинг фагацитар фаоллик хусусияти соғ аёлларникидан деярли фарқ қилмайди. Оқсил алмашинуви ва касаллик давомида альбумин фракцияси камаяди. Беморда иммунологик реактивлик унча баланд бўлмайди.

МАСТИТНИ ДАВОЛАШ

Мастит билан оғриган беморларни қайси даволаш муассасасида даволаш кераклиги ҳақида турли фикрлар бор. Агар серозли ёки инфильтратив мастит бўлса туғруқхонада даволаш мумкин. Йирингли маститни уйда ёки туғруқхонада вужудга келганидан қатъий назар албатта махсус хирургия стационарида даволаш керак бўлади.

Баъзан лактастаз (сутни йиғилиб қолиши) деб аниқ ташхис қўйишдан кечикилади. Бу ҳолат асосан касалликнинг клиник формасидан олдинги формаси ҳисобланиб, серозли маститни даволаш учун қўлланиладиган даво чоралари қўлланади. Мастит бўлган кўкракни бола эмиши мумкинми ёки мумкин эмаслиги ҳақида бирмунча фикрлар бор.

Баъзи муаллифлар касал кўкракни эмизилмаса сут йиғилиб, касалликнинг янада авж олишига сабаб бўлади деб ҳисоблайдилар. Аммо кўп кузатишлардан маълум бўлишича касал кўкракни эмган болада инфекцион касалликлар икки баробар кўпроқ учраган. Шунинг учун яхшиси сутни со-

ғиб кўкракни бўшатиб туриш лозим. Агар соғилган сут инфекциядан ҳоли бўлса болага бериш мумкин бўлади. И.Р.Зак ва Г.С.Минасова ва бошқаларнинг (1980) фикрича реабилитация усулларидан ўз вақтида фойдаланиш кўкракнинг сут ишлаб чиқариш фаолиятини сақлаши мумкин. Кўкракнинг сут ишлаб чиқаришини камайтириш: 1) илгари бир неча марта мастит бўлиб, операция қилинган ва кўкрак бези кўпчандиқли бўлса; 2) даволаниш омилларига қарамасдан серозли ва инфильтратив мастит яна қайтарилса; 3) йирингли маститда керак бўлади.

Биринчи гуруҳдаги беморларда сутни камайтириш учун кўкракни қаттиқ боғлаш ва ичишга comphora tritos бериш керак.

Иккинчи ва учинчи гуруҳдаги беморларга максимал дозада эстроген гормонлардан бериб, сут камайгандан кейин кўкракни қаттиқ боғлаш керак.

Аммо кўрак безини йиринг ажралиб турганда қаттиқ боғлаш мумкин эмас. Яра юзаси ва четлари тозаланганданг кейингина боғлаш мумкин бўлади. Иккинчи кўкракни ҳам эмизиш мумкин эмас акс ҳолда сут ажралиши тўхтамайди. Бунда ҳар икки кўкракда сут ажралишини тўхтатиш шарт.

Сут ажралишини тўхтатиш учун 14 кун давомида бир суткада икки маҳал битта таблеткадан парлодел бериш керак. Бунда кўкракни боғлаш шарт эмас.

Даволаш. Антибиотикларни тўғри танлаш керак бўлади. Маълумки кўпинча касалликни стафилококк вужудга келтиради. Шунга кўра метициллин, оксациллин, цефалоспоринлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Бир қатор муаллифлар бу препаратларни концентрацияси қонда ва яллиғланган юзада бир хил бўлишини аниқлаган ҳолда бу препартлардан фойдаланишни мақсадга мувофиқ деб талқин қиладилар.

Антибиотиклар билан бир қаторда интоксикацияга қарши ишлатиладиган препаратлар, йўқотилган сувни ва оқсилни ўрнини тўлатиш учун плазма, альбумин, реополиглюкин, гемодез, 5% глюкоза, витаминлар, ош тузининг изотоник эритмасидан фойдаланилади. Юбориладиган эритмаларнинг миқдори касалликнинг кечишига қараб белгиланади.

Сутни яхшилаб соғиб олингандан кейин 5-6 кун давомида ҳар куни лазер сеанси берилади. Операция қилиниб зарарланган юза кенг очилгач контурапертура қилиш шарт. Некрозланган тўқималарни кесиб ташлаш керак. Доимо йиринг оқиб туришини таъминлаш учун ярага лента шаклидаги дока тампон ёки резинка қўйиш керак. Тампонни ош тузининг гипертоник эритмаси, диоксидин, хемотрипсин ва бошқалар билан хўллаб ярага қўйилади. Тампонни ҳар 4-6 соатда алмаштириб туриш керак бўлади. Дринаж найча ёрдамида ярани ювиш (диализ) ҳам яхши ёрдам беради.

Ярада йиринг бутунлай йўқолгандан кейин, мойли тампонлар (Вишневский, синтомицин ва бошқалар) дан фойдаланилади.

Баъзи муаллифлар йирингли маститни даволашда йўғонроқ нина ёрдамида пункция қилиб, йиринг чиқазиб, кейин антибиотик юбориш ва буни то жараён енгиллашиб, йиринг йўқолгунча давом эттириш йўли билан даволаш усулини таклиф этадилар.

Беморда яллиғланиш жараёни бутунлай тугаб, лаборатория текширишларида кўрсаткичлар нормаллашгандан кейингина у стационардан чиқазилиши мумкин.

XXVI БОБ

ҲОМИЛАДОРЛИКДА, ТУҒРУҚДА, ЧИЛЛА ДАВРИДА ҚОН КЕТИШИ

Ҳомиладорлик туфайли аёл организмининг ҳимоя қилиш ва мосланиш реакцияси ҳомиланинг нормал ўсиши, туғруқ ва чилла даврининг нормал кечишига қаратилгандир.

Аммо иқлим шароити, аёлнинг ҳаёт тарзи, ташқи шароитнинг ёмон таъсири, ишлаб чиқаришда, овқатланиш, радиация бундан ташқари она организмининг патологик ҳолати (инфекция, аъзо ва системаларни органик ва хизмат жиҳатдан ўзгарган бўлиши) ҳомиладорликнинг нормал тараққиётига, аёл организмининг ҳомиладорликка бўлган реакциясида турли патологик ҳолатларга сабаб

бўлиши мумкин. Бунда ҳомиладорлик, туғруқ, чилла давринининг кечишида турли патологик ҳолатлар, хусусан қон кетишига сабаб бўлиши мумкин. Бундан ташқари ҳомила тараққиётида ҳам турли патологик ҳолатлар (ҳомилани ўсмай қолиши, нуқсонлар, ҳомилани она қорнида нобуд бўлиш ҳолатлари) кузатилади.

Аёл бачадони турли ташқи ва ички зарарли таъсирларга сезувчан бўлади. Аёл организми ҳолатини тўла ўрганилгандагина мавжуд патологик ҳолатни тўғри талқин қилиш мумкин, хусусан қон кетиш сабабларини ҳам тўғри аниқлаган ҳолда аёлга ёрдам бериш мумкин.

Акушерликда қон кетиш оғир натижаланади. Аёлнинг ўлимига сабаб бўлиши мумкин бўлгани сабабларни ҳар томонлама ўрганиб, даволаб ва профилактик омилларни тўғри татбиқ қилибгина қон кетишидаги кўнгилсиз ҳолатларни олдини олган бўламиз.

Ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла давридаги қон кетиш энг оғир патологик ҳолат ҳисобланади. Туғруқ жараёнида ва эрта чилла даврида бачадондан қон кетиши натижасида аёллар ўлими ўрта ҳисобда 32,5-33% ни ташкил қилади (бошқа омилларга нисбатан).

Бачадондан қон кетиш сабаблари:

1. Ҳомиладорликда:

а) йўлдошнинг бачадон деворидан ажралиш (кўчиш) механизмининг вақтдан илгари бузилиши (нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт ўрнидан кўчиши);

б) йўлдош олдин келганда қон кетиш;

в) ҳомиладорликни барвақт тўхтатиш.

2. Аборт (эрта ва кечки). Ўз-ўзидан бўлган аборт, одатланиб қолган аборт, тиббиёт муассасаларида қилинган абортдаги асоратларда.

1) бачадон бўйнидаги ҳомиладорлик;

2) бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик;

3) елбўғоз;

4) жароҳатлар.

3. Туғруқ жараёнининг иккинчи давридаги қон кетиш:

а) йўлдошнинг вақтдан илгари (учинчи даврдан олдин) ажралиши;

б) йўлдош олдин келганда бачадон бўйнининг очилиш жараёнида;

в) туғруқ йўллари жароҳатида.

4. Туғруқнинг III даврида қон кетиш:

а) йўлдошнинг бачадон деворидан ажралиш механизмининг бузилиши;

б) йўлдошнинг бачадон деворига патологик ҳолатда бирикиб жойлашиши;

в) бачадон қисқаришининг бузилиши:

г) бачадон бўйнининг тиришиб (спазма) қолиши натижасида йўлдошнинг бачадон ичида тутилиб қолиши.

д) бачадонни йўлдош ажралмасдан туриб ағдарилиб чиқиши.

5. Эрта чилла давридаги қон кетиш:

а) йўлдош қисмларининг бачадон деворида тутилиб қолиши;

б) ҳомила пардаларининг бачадон ичида тутилиб қолиши;

в) гипотония ва атония;

г) гипо ёки афибриногенемия;

д) инфекция.

Бачадондан қон кетишида юқорида келтирилган патологик ҳолатлардан ташқари қоннинг қуюлиш хусусиятига салбий таъсир кўрсатадиган бир қатор омиллар мавжуд. Қонни қуюлиш схемаси маълум босқичлардан иборат. Б.А.Кудяшков ва К.Д.Ультиналар қоннинг қуюлиш хусусиятини ўрганишда қуйидаги схемадан фойдаланиш мумкин деб ҳисоблайдилар. Бу босқичлар қуйидагилардан иборат.

1-босқич — протромбикиназа + тромботропин → тромбокиназа;

2-босқич — протромбин + Са + тромбокиназа → тромбин;

3-босқич фибриноген + тромбин → фибрин.

Бу келтирилган ҳар бир босқичда бирмунча қўшимча ферментатив реакциялар бўлиб, булар қон қуйилиш системасининг асосий омилларини шакилланишини таъминлайди.

Маълумки, соғлом аёлнинг қон томир системаси суюқ тўқима — қонни қалин қобиғи бўлибгина ҳисобланмасдан, қон қуюлиш жараёнини ўзининг кўп рецепторлари ёрдамида тартибга солишда иштирок этади.

Тўқималарнинг жароҳатланишида (патологик ёки физиологик жараёнларда) дарҳол шу жароҳатланган жойда қон қуйилиш механизми ишга тушади, бу ҳолат организмнинг ўзини ҳимоя қилиш реакциясидир. Жароҳатланган ерга теккан қон, қон пластинкаларини, эритроцитларни бузилиши, тўқима суви билан бирикишга таъсир кўрсатади. Фаол бўлмаган протромбокиназа (тромбопластин) тромбокиназага ва асосий модда (фермент)га айланади, бу қон қуйилиши II босқичга катализатор сифатида таъсир кўрсатади.

Жароҳатланганда автоматик равишда биокимёвий реакция вужудга келади. Кейин тўқималар парчаланиши натижасида ажралган тўқима сўки қонга тушгач марказий бошқариш системаси ишга тушади (марказий, периферик нерв системаси, эндокрин аъзолар). Жароҳат бўлмасдан туриб, томирларда тромболарни шаклланиш механизми ҳали тўла ўрганилмаган. Бундай ҳолларда қон қуйилиш системасидаги патологик ҳолат нейро-гуморал бошқаришга боғлиқдир.

Маълумки қонда қон қуюлиш системасидан ташқари, қонни қуюлишга қарши система ҳам мавжуддир. Бу ҳар икки система мувозанатини сақлашда нейро-гуморал системанинг аҳамияти каттадир.

Қоннинг қуйилиш механизмини тўғри тасаввур этиш учун биз шу жараённи вужудга келишида қуйидаги омиллар мавжудлиги ҳақида қисқача тўхталиб ўтамиз.

I омил — фибриноген. Маълумки бу асосий омил ҳисобланиб, бусиз қон қуюлиши мумкин эмас. Бу асосан жигарда ишлаб чиқилади. Қонда унинг концентрацияси 0,2-0,6% бўлиб, қонни қуюлишини тўла қониқтиради. Чақалоқ қонида фибриноген 100-150 мг% бўлади. Протромбин ҳам шу концентрацияда бўлади. Бир қатор муаллифларнинг берган маълумотларига қараганда ҳомиладорликда фибриноген ошa боради (300 мг%), ҳомиладорликни охирги муддатларида 440-450 мг% бўлади. Diecmahn нинг айтишича ҳомиладорлик нормал кечганда фибриногеннинг ўртача миқдори 480 мг% (300 дан 700 мг/гача). Ҳомиладорлик муддати ошиши билан фибриноген концентрациясининг кўтарилиши, она организмининг туғиш жараёнига физиологик тайёрланиши деб изоҳлаш мумкин.

Niesert (1955) айтишича туғруқ жараёни бошланишида фибриноген 535 мг% , туғруқда 560 мг% га етиб, чилла даврида бирмунча пасаяди. Баъзи муаллифлар (Н.А.Шилко, 1956) туғруқ жараёнида фибриноген камая боради деб талқин қиладилар. Буни қондаги фибринолитик фаол ҳолат деб тушунтирадилар.

А.А.Қодирова (1989) камқонлик билан оғриган 460 беморда туғруқ жараёни яқинлашган сари фибриноген концентрацияси оша борганини кузатган. Аммо бу ҳолат камқонликни оғир-енгиллигига қараб турлича бўлган. Камқонликни оғир формасида фибриноген реакцияси анча кучсиз бўлишини кузатган. Фибриногенни фибринга ўтиши ва унинг фаолланиши тромбнинг протеолитик таъсири натижасида фибринопептидларни ажралишидан деб тушунтириб, уни фибрин-монометр деб номлаган.

II омил — протромбин Б.А.Кудряшовнинг кўрсатишича протромбин — қон плазмасининг глюкопротеид-тромбиннинг олдинги ҳолатидир. Протромбиннинг тромбинга ўтиши протромбинни фаоллик ҳолатига боғлиқ, бу фаол тромбопластиннинг тромбокиназа ёки тромбокиназа комплекси иштирокида вужудга келади. Бунда албатта калций ионлари иштирок этади. Протромбиннинг қон плазмасидаги миқдори 10 мг% га тенг бўлиб, жигарда синтез қилинади. Бу витамин К концентрациясига боғлиқ.

Маълумки витамин К етишмаганда турли даражадаги гипопротромбинемия ҳолати, бунинг натижасида қон кетиш каби ҳолатлар кузатилади. Ичакдаги ўт ачими таъсирида витамин К шу системага шимилади. Ҳомила ва чақалоқлардаги физиологик гипопротромбинемия натижасида туғруқ жараёнида ҳомиланинг турли аъзоларида қон қуйилишини кузатиш мумкин.

Б.А.Кудряшовнинг талқин қилишича, организмда витамин К нинг етишмаслиги тромботропиннинг биосинтезини бузади. Тромботропин фаол тромбокиназа учун зарур компонент ҳисобланади. Аммо бу ўз хусусияти билан протромбиндан анча фарқ қилади.

Протромбин турига хос махсус хусусиятга эга эмас. Табиий шароитда протромбоннинг тромбинга ўтишида тромбопластин иштирок (омиллар: III, IV, V, VII) этади.

Қондаги протромбин концентрациясини муаллифлар турлича талқин этадилар:

А.Ф.Гришаев (1947) ҳомиладорликни биринчи ярмида (2-4,5 ойгача) қонда протромбин 26% , иккинчи ярмида эса бир оз камайганини кузатган. Ҳомиладорликнинг охири, туғруққа яқин қолганда протромбин 131-134%, туғруқда 168% га ошишини аёл организмининг ўзини ҳимоя қилиш реакцияси деб ҳисобланади.

Н.А.Шилко (1961) протромбин концентрациясининг туғруқ ва эрта чилла даврида кузатиб, агар бачадон бўйнининг очилиш даврида протромбин фаоллиги 101% бўлса, ҳомила бошининг жинсий тешикдан чиқишда 111,7% ҳомила туғилиб бўлгандан кейин 130,2-131,5% бўлиб чилла даврининг иккинчи кунида 111,7-111,8% яъни ҳомила бошининг туғилиш жараёнидаги каби бўлади.

III омил — тромбопластин (тромбокиназа) ни бўлиши. Б.А.Кудряшовнинг такидлашича кальций иони тўғридан-тўғри протромбинни — тромбинга ўтказади ва буни тромбокиназа ёки тўла тромбопластин деб номланади. Тромбокиназа ёки фаол тромбопластин фақат специфик липопротеидлар тўқима сувида ёки плазма ва қон зардоби оқсиллари билан биргаликда қон пластинкалари билан мулоқатда бўлгандагина кузатилади.

Маълумки, тўқималарнинг барчасида тромбопластин бўлмайди. Мия тўқимаси, ўпка, сут безлари, ичаклар, юрак, буйрак усти бези ва бачадон ўзида кўпроқ тромбопластинни тутади.

Ҳомила олди сувида тромбопластин фаоллиги бош миядагига нисбатан икки баробар кам бўлади.

IV омил — тромбоцитлар. Агар қонда тромбоцитлар кам бўлса геморрагик диатез ҳолати кузатилади. Baydy, Winter ва бошқаларнинг таъкидлашича тромбоцитларда еттита омил мавжуд.

Биринчи омил — протромбинни тромбинга ўтишини таъминлайди.

Иккинчи омил — фибриногенни фибринга ўтиши билан боғлиқ. Баъзи олимлар буни тромбин окцелератори деб атайдилар.

Учинчи омил — липоид туркумига қарашли бўлиб, плазма ҳамда тромбопластинни шаклланишига хизмат қилади. Буни липоид тромбоцитар омили деб номланади.

Тўртинчи омил — гепарин моддани нейтраллайди. Бу қон қуйилиш жараёнининг бошидан аҳамиятлидир.

Бешинчи омил — серотонин каби маълум бўлиб, бу омил асосан қон томирлар торайишини таъминлаб, қон қуйилишининг биринчи даврида қоннинг тўхтатишга таъсир кўрсатади.

Олтинчи омил — рефрактеризм — қон қуйқаларини шаклланишида иштирок этади ва унинг чўзилишини таъминлайди.

Еттинчи омил — антифибринолизин — қон қуйқасини эриб кетишидан сақлайди.

Юқорида айтиб ўтилганлардан хулоса шуки қон ивишида тромбоцитларнинг фаоллиги катта аҳамиятга эга.

Моч (1960) ҳомиладорларда тромбоцитлар сони 210-240-315-200 ни 1 мм^3 оралиғида бўлиб, туғруқ даврида (унинг I даврида) — 397-270, III даврида 231-350, эрта чилла даврида бир оз кўтарилиб, 273-350 га етади. Унинг кузатишича қон кетган аёлларда бу сон 190.000 дан ошмаган.

Е.М.Лиозинани кузатишича суяк илигида мегакариоцитларнинг етилишининг сустланишида тромбоцитлар камайиб кетади. Унинг айтишича бу ҳолат қоннинг қуйилиш системасига таъсир кўрсатамайди.

Бир қатор акушерларнинг фикрича ҳомиладорликда тромбоцитлар концентрацияси деярли ўзгармайди. Н.С.Бакшеев бу фикрни рад этиб, ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла даврида тромбоцитлар миқдори ўзгаришини ва бу қон ивиш системасига таъсир кўрсатиш натижасида қон кетади деб ҳисоблайди.

V омил — Ca^{++} — калций ионининг қонда бўлиши албатта қон қуюлиш системасига таъсир кўрсатади.

Кальций тузи катализаторлик вазифасини бажариб асосан қон қуюлиш системасига таъсир кўрсатишга, уни тезлаштиришга қаратилгандир (Н.С.Бакшеев).

Плазмада жуда кўп бўлмаган кальций иони қонни қуюлиш системасида аутокаталитик жараённи таъминлайди.

Тўқималардаги кальцийнинг аҳамияти катта бўлиб, у мускуллар қисқаришини таъминлайди. Кальцийнинг аҳамияти унинг ионизацияси ошган сари оша боради.

У омил — проакцелерин, плазманинг Ас-глобулин протромбокиназа, протромбиногенез, протромбинга айлан-

ган плазма омили. Бу омилнинг таъсири мускуллардан ташқари бошқа тўқималарнинг экстракт таъсирида фаоллашади.

VI омил — акцелерин, қон зардоби Ас — глобулини қон қуюлишининг дастлабки босқичида тромбин шаклланиши билан протеолитик реакция шаклида АС-глобулинга таъсир қилади, уни қон зардобининг АС-глобулин фаол турига ўтказади ва тромбопластин таъсирида протромбиндан тромбин шаклланади.

VII омил — тайёрланган қонда 10 кун давомида фаоллигини анча камайтиради. Қоннинг ивишига қарши ишлатиладиган дикумариндан инъекция қилинса, у VI омил концентрациясини камайтира олмайди.

VIII омил — проконвертин — конвертин. Конвертин ўзининг протромбинга таъсири бўйича V ва VI омилларга жуда яқин бўлиб протромбиндан тромбин шаклланишида тромбопластинни фаоллаштириб, катализаторлик ролини ўйнаб реакцияни тезлаштиради. Баъзи муаллифларнинг фикрича VIII омил тромбопластинга таъсир кўрсатмасдан уни олдинги ҳолатига таъсир кўрсатади ва фаол формага ўтказади.

VIII омилнинг энг фаоллиги pH-ни 6-8 бўлганида кузатилади.

Бу омил жигарда ишланиб чиқилади, шунинг учун жигар венасида бу омилнинг концентрацияси, бошқа аъзолар венасидагига нисбатан кўп. Агар аёлга дикумариндан укол қилинса VIII омил жуда камайиб кетади.

Чақалоқларда бу омил кам бўлади. Агар аёлга витамин К дан инъекция қилинса VIII омил жуда камайиб кетади. Проконвертиннинг туғма етишмовчилиги ҳақида адабиётларда етарли маълумотлар бор. Жигар фаолияти бузилганда VIII омилнинг камайиб кетиш ҳолати кўп кузатилган.

Ҳомиладорликда проконвертин концентрацияси астасекин оша бориб, ниҳоят ҳомиладорликнинг охирида максимал даражага етади.

Бу омиллар аъзо мускуллари экстракти ва ҳомила олди суви таъсирида фаоллашади. VIII омил — антигемофил глобулин. A.B.Brinkhaus (1947) гемофилия билан оғриган беморларда қоннинг қуюлиш хусусиятини бузилиши про-

тромбинни тромбинга ўтиш жараёнининг бузилишидан деб ҳисоблайди.

Бунда бемор қонига нормал плазма қуйилганда қон ивиш хусусияти тикланади. Кейинги текширишлардан маълум бўлишича гемофилияга қарши глобулин А қон пластинкасининг тромбопластинини (тромбоцитдан) шаклланиши учун зарур.

Бу омилнинг шаклланиши жигарнинг иш фаолиятига боғлиқ эмас.

IX омил — ҳозиргача қайси аъзо бу омилни ишлаб чиқариши ҳақида турли-туман фикрлар мавжуд. Қоғозда қилинган электрофорез ёрдамида аниқланишича, бу аъзолардаги фаол модда β_2 — глобулин бўлиб, бу инсонни янги қон плазмасига нисбатан 70 маротаба фаолроқдир.

Ҳозирча VIII омилнинг катта фаоллиги ҳисобга олинган ҳолда гемофилияни даволашда ишлатилади

X омил — антигемофил омил (Кристмас фактори). Плазманинг В тромбопластик омилидир.

Бир қатор муаллифлар гемофилияни икки кўринишда кечишини талқин қиладилар. Гемофилия А — бу антигемофил глобулин А етишмаслиги (АГГ) ва гемофилия В — антигемофил етишмаслиги глобулин В ёки Кристмас омилнинг етишмаслиги натижасида вужудга келади.

Гемофилия В наслдан-наслга ўтадиган касалликдир. Аммо клиник белгилари билан касалликнинг ҳар икки тури бир-бирига ўхшаб кетгани учун кўп ҳолатларда уларни ажратишда қийинчилик туғилади.

Кристмас омили тромбинни олдинги ҳолатини шаклланишида иштирок этади. Бу кальций, антигемофил глобулин ва VII омил (проконвертин) билан зич алоқада бўлади.

Дикумарин Кристмас омилнинг концентрациясини камайтириш йўли билан таъсир кўрсатади. Витамин К эса унинг концентрациясини тиклайди.

Жигар фаолияти бузилганда, айниқса механик сариқликда омил миқдори пасаяди. Бундай ҳолатни витамин К тиклайди.

Чақалоқда, айниқса чала туғилган болаларда Кристмас омилининг концентрацияси кам бўлади.

XI омил — Стаюрт — Проуэр омили.

Haugie, Barrow ва бошқалар (1957) қон қуйилишини туғма камайиши ҳақида адабиётларда чоп этганлар. Бунда тромбопластинни шаклланишини қон ивишининг эрта босқичида бузилишини кузатганлар. Буларни фикрича тўқима тромбопластини тромбоцитларнинг тромбопластик хусусиятини фаоллаштиради. Туғруқ жараёнида қон ивиш секинлашиши ҳам XI омил етишмаслигида кузатилади. Дикумарин таъсирида ҳамда гепатитда бу омил концентрацияси камаяди.

XII омил — плазма тромбопластинининг олдинги тури — 1953 йилда аниқланган.

Бу омилни бўлмаслиги жинсдан қатъий назар насилга боғлиқ бўлади. Буни қон плазмаси оқсилининг глобулинли фракциясида топилган. Бу сақловга анча чидамли.

Агар аёл организмида витамин К етишмаса XII омилнинг пасайиши кузатилади. Бу омил плазманинг фаол тромпобластининг шаклланишида қатнашади.

Бу XII омилнинг етишмаслиги плазма, донор қони ҳамда витамин К дан фойдаланилганда тикланади.

XIII омил — Хогеман омили.

Бу омилни етишмаслиги протромбон таъсирини тўхтатиб қўяди. Ratnoff ва бошқалар (1955) ларнинг кузатишларича қон қуйилиш хусусияти анча чўзилгани, аммо қон кетмаганини ва бошқа кўрсаткичларни: тромбоцит, протромбин вақти, қон кетишини давом этишини деярли ўзгармаганлигини кузатганлар.

XIV омил — фибриназа — фибринлар турғунлигини, унинг чидамлилигини ва лизисдан сақлайдиган омиллардир. XIV омил ўз таъсирини фақат Са ионлари иштирокида кўрсатади. Адабиётларда қоннинг туғма фибринолиз фаоллиги кузатилган.

Тромботропин бу модда оқсилли α — глобулин турига қарашли ва протромбокиназани тромбокиназага айлантирувчи плазманинг фаол тури ҳисобланади. Гепарин ва тромботропин бир-бирига антогонист бўлиб, гепарин, тромботропинни, тромботропин эса гепаринни блокада қилади. Тромботропинни етишмаслиги қон ивиш қобилиятини бузади.

Н.А.Шилконинг айтишича тромботропин концентрацияси туғруқ, ўлдошнинг эрта ажралиш ва чилла даври-

да унча ўзгармайди. Баъзи муаллифлар тромботропин ва VII омилларни бир омил деб ҳисоблайдилар.

Қоннинг қуюлишида ташқи муҳит ва организмнинг умумий ҳолатининг таъсири ҳам муҳим рол ўйнайди.

Нерв ва гуморал тизимнинг қонни қуюлтирувчи ва ивишига салбий таъсир кўрсатувчи омилларга таъсир кўрсатиш кучи каттадир. Бундан ташқари турли аъзо — системаларининг фаолияти, дорили препаратлар, инфекция ва хатто кучли оғриқ ҳам қоннинг ивиш хусусиятига таъсир қилиши мумкин. Натижада кучли қон кетиб ва бу аёлнинг ўлимига сабаб бўлиши мумкин.

ҚОННИНГ ФИБРИНОЛИТИК ТИЗИМИ

Фибринолиз жараёни ва фибринолитик система асосан организмни ўз-ўзини ҳимоя қилиш механизмидир.

Плазминоген — сут эмизувчиларнинг қон зардобида фибринни гидролизга учратувчи моддалар бўлиб, бу моддалар фаол ҳолатда бўлмай фибринолитик энзим, оқсил глобулин фракциясига кириб, плазминоген (профибринолизин) номи билан юритилади.

Плазминогеннинг фаоллиги қон зардоби, тўқима, инфекция ёки сийдикда бўлган активаторлар таъсирида ошади. Бу хилдаги активаторлар фаол бўлмаган плазминогенни — профибринолизин плазмингa (фибринолизин) ўтказиб, булар протелитик хусусиятга эга бўлади. Бу хусусият фақат фибриноген — фибрингa ва бир қатор оқсил моддаларга ҳам таъсир кўрсатади.

Қонда айланаётган озод фаол плазминнинг фаоллиги антиплазмин таъсирида йўқотилади. Бу қон зардоби ва тромбоцитларда бўлиши тахмин қилинади.

Плазмоген плазминни олдинги ҳолатидир.

Плазмин — бу ўз таъсири билан протеолитик ферментдир. Бу pH нейтрал бўлганда фаоллашади. Плазмин — фибриноген, фибрин, Ас — глобулин, ўсиш гормони, бир қатор комплемент бирикмаларга казеин, желатин ва бошқаларга таъсир кўрсатади.

Плазмин ўзининг протеолитик хусусияти билан трипсиндан анча фарқ қилади. Тўқималардаги активаторларни биологик хусусияти туфайли турли патологик ҳолат-

лар натижасида (айниқса яллиғланишда) вужудга келган фибрин йиғиндиси парчаланиб шимилишини таъминлайди.

Аммо активаторларни қонда кўп бўлиши оғир қон кетишига сабаб бўлиши мумкин. Турли аъзо тўқима ва ҳужайра элементларига, рефлектор таъсиротлар туфайли атроф-муҳитга қон ва лимфа томирларининг ўтказувчанлик хусусиятини ўзгариши натижасида кўп миқдорда активаторларни ажралиши қон кетишга сабаб бўлиши мумкин.

Н.С.Бакшеев тўқималарнинг концентрацияланган экстрактларини, натив плазмани рекальцификация қилиш тезлигига таъсирини ўрганишда, қоннинг ивиш хусусиятини аниқлашда бир қатор тажрибалар ўтказган. Эмбрион тўқиманинг экстракти, хорион пардаси, йўлдош, ҳомила олди суви қоннинг турли даражада ивиш хусусиятини, плазманинг рекальцификация жараёнини тезлашишини кузатган. Унинг олган маълумотига қараб хорион экстрактини ҳомиладорликни эрта муддатида хорион, амнион ва ҳомила олди сувини муддати етилган ҳомиладорликда юборилганда, плазманинг рекальцификацияси кузатилган. Ҳомила ахлати (мекони) қоннинг ивиш хусусиятини деярли босиб туради.

Туғруқда, бачадонни йиртилишида, "Кювелер" бачадонида (нормал жойлашган плацентанинг барвақт ўрнидан кўчиши), ҳомила суви эмболиясида ўпка қон томирларида фибринли эмболлар топилмаган (аёл агонал ҳолатда бўлса ҳам). Шунга асосланган ҳолда бачадонда қоннинг ивишининг бузилиш механизми жуда мураккаб жараёнлардан иборат бўлиши такидланади.

Ўпка қон томирларида ҳам ҳеч қандай қон қуйқалари кузатилмаган. Аёл ўлгандан кейин қон тезда лизисга учраши натижасида суюқлашади, томирларда фибринлар шаклланиши универсал характерда бўлмай фақат плазмадаги фибринолитик системани фаоллаштириб, кейин фибринолизга сабаб бўлувчи омил бўлиб қолади. Тўқималар ва ҳомиланинг аутолизи, ҳамда она қонига тушган моддалар бошқа омиллар таъсирида плазмагенни фаоллаштиради, натижада ўткир фибринолиз вужудга келади. Аммо томирлар ичида шаклланган фибрин фибринолиз жараёнини фаоллаштирмайди.

ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ТУҒРУҚДА ҚОН КЕТИШИ

Маълумки, йўлдошнинг хорион киприкчалари бачадон девори билан шундай алоқада бўладики, агар бу киприкчалар унинг деворидан ажралса, албатта қон кетиши кузатилади ва бу қон киприкларарo бўшлиқдаги она қони бўлади. Охирги 20-25 йиллар давомида туғруқ жараёнида патологик қон кетиши (400 мл ошиқ) кўп учраб 20-50% ни шу қон кетишдан аёллар орасидаги ўлим туғруқда ҳамда чилла даврида 30-35%ни, касалхонадан ташқарида қилинган абортда эса 33-34% ни ташкил қилади.

ЙЎЛДОШ ОЛДИН КЕЛГАНДА ҚОН КЕТИШИ

Йўлдошнинг олдин келиши туфайли қон кетиш аёл ва ҳомила учун ҳам анча хавотирлидир. Бу ўртача 0,1-1% ни ташкил қилади. Одатда йўлдош бачадон туби, олдинги ва орқа деворларига жойлашади. Йўлдош олдин келганда бирор сабаб билан бачадоннинг пастки қисми, бачадон бўйнининг ички тешиги соҳасига ёпишган бўлади (89-расм).

Буни 2 турга бўлинади.

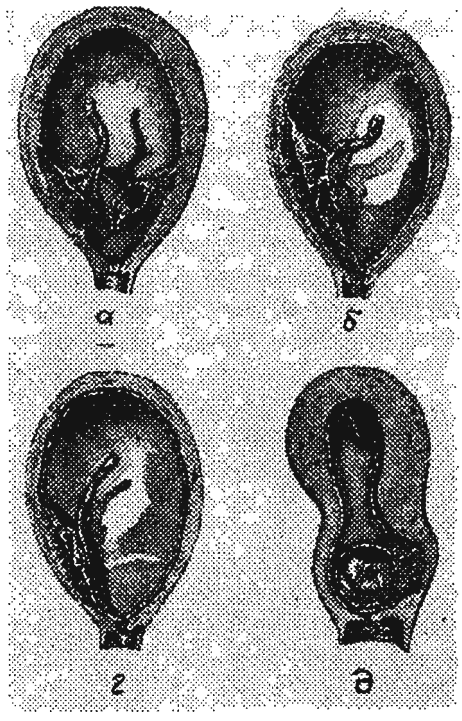
1. Тўла (маркази) ёпишган.
2. Қисман (биқини ва чети билан) ёпишган.

Бундан ташқари йўлдошнинг паст жойлашган тури ҳам учрайди, йўлдошнинг пастки қирраси бачадон бўйнининг ички тешигидан 3-5 см пастда бўлади.

Ҳомиладорликда, туғруқ жараёнида қон кетишига сабаб шу соҳага ёпишган йўлдошнинг олдин келиши бўлиб, эрта чилла давридаги қон кетишига сабаб эса бачадон пастки сегментининг атонияси, бачадон бўйнидаги қон томирлар кўп ва зич жойлашгани бўлиб йўлдош ажралганда шу томирлардан қон кетади.

Йўлдошнинг бачадон бўйин каналининг ички тешиги соҳасига нотўғри ёпишишига нималар сабаб бўлиши мумкинлиги ҳақида аниқ фикр йўқ.

Бачадон шиллиқ қаватидаги яллиғланиш жараёнидан кейинги нуқсонлар, асбоблар билан шиллиқ қаватни жароҳатлаш (аборт, бачадонни қириш ва бошқалар), ҳомиладорликдан сақланадиган воситалардан (бачадон ичига



89-расм. Йўлдошнинг олдин келиш турлари:
а) маркази билан; б) ёни билан; в) чеккаси билан; г) йўлдошнинг пастга жойлашиши; д) йўлдош бачадон бўйнига жойлашган.

киритиб қўйиладиган спираллар) фойдаланиши ҳам йўлдошнинг олдин келишига сабаб бўлади.

Бачадон шиллиқ пардасида зарур шароит бўлмагани туфайли, ҳомила тухуми пастга сурилиб, бачадон пастки бўйнининг ички тешиги соҳасига жойлашади.

КЛИНИК КЕЧИШИ

Йўлдошнинг олдин келишида қон кетиш энг асосий белгилардан ҳисобланади. Бундай қон кетишнинг ўзига хос хусусияти бор. Қон ҳамма вақт ташқарига оқади, бу бирданига бошланади. Кўпинча бундай қон кетиш тунда тинч ётилганда бошланиб ва бирданига тўхтаб қолиши ҳам мумкин, аммо яна қайталанади. Ташқарига оққан қон миқдори билан аёлдаги камқонлик белгиси бир бирига мос келмай, камқонлик анча кучли бўлади.

Қон кетганда, танада оқаётган қон миқдори анча камайиб кетади. Йўлдошнинг олдин келиши кўпинча гипохром камқонлик ёки унинг учун хос клиник белгилар билан биргаликда кечади. Бундан ташқари кўп ҳолатларда артериал гипотония ҳам кузатилади.

Йўлдош олдин келганда қон кетиш кўпинча ҳомиладорликни учинчи уч ойлигида туғруқнинг биринчи бачадон бўйнининг очилиш даврида кузатилади. Йўлдош олдин келганда қон кетишни қайталанишига унинг яна ўрнидан кўчиши сабаб бўлади. Чунки бачадон деворининг кенгайиши натижасида эластик бўлмаган йўлдош тўқимаси юқорига тортилишга бардош беролмай бачадон бўйин соҳасидан ажралади. Натижада ворсинкалар оралиғи очилиб қон кетади. Баъзи ҳолларда вена синуси бўшлиқларидан (йўлдош четидаги) ҳам қон кетади, аммо бунда қон кўп кетмайди.

Қон кетиш миқдори йўлдош олдин келганда унинг турларига қараб ҳар хил бўлади. Бундан ташқари туғруқ дардининг ҳолатига ҳам боғлиқ.

ТАШХИС ҚЎЙИШ

Ташқарига қон оқиши, унинг хусусияти ва йиғилган анамнез маълумотлари орқали йўлдошни олдин келишига ташхис қўйиш мумкин бўлади. Қайта туғувчи аёлларда патологик ҳолатлар бўлганда (аборт, ўз-ўзидан бўлган аборт, ўтган ҳомиладорлик ва чилла давридаги патологик ҳолатлар) ҳам ташхис қўйишда асос бўла олади. Биринчи маротаба ҳомиладор бўлган аёлларда ҳам йўлдошнинг олдин келиши кузатилади (жинсий аъзолар инфантилизми, бачадонда яллиғланиш жараёни, бачадон бўйни патологияси, эндоцервицит ва бошқалар).

Ташқаридан қорин девори орқали пайпаслаганда ҳомиланинг олдинда келувчи қисми анча юқорида бўлади. Бундан ташқари ҳомиланинг кўндаланг ва қийшиқ ётиши кўп учрайди.

Агар қорин девори "Малыш" ёки "Доптон" аппарати билан текширилса, йўлдош қон томирларининг шовқини бачадоннинг пастки сегментидан (йўлдош ёпишган жойидан) эшитилади. Қин ойналари ёрдамида кўришда

бачадон бўйнида ўзгаришлар бор-йўқлигини аниқлаш керак, чунки ҳомиладорликнинг охирги муддатида қон кетишга бачадон бўйни раки, бачадон бўйни каналидаги полиплар, хорионэпителиома, бачадон бўйни, қин ва вульвалардаги веналарнинг варикоз кенгайиши ҳам сабаб бўлади.

Йўлдош олдин келганига шубҳаланганда қин орқали текширишда операция хонаси тайёр бўлиши шарт. Бундан ташқари қон кетиш натижасида веналар пучайиб қолишини назарда тутиб, венага (бир томонга баъзан ҳар икки қўл венасига, ёки ўмров суюк ости венасига) игнакатетр суққан ҳолда, қон ёки эритмалар қуйишни бошлаб, қин орқали текшириш мумкин.

Бу билан трансфузия ва инфузияни давом эттиришга тайёрланган бўлинади. Йўлдош олдин келганига ташхис қўйишда энг объектив ва хавотирсиз усул ультра товуш ёрдамида текширишдир. Бунинг ёрдамида йўлдошни ёпишган, тарқалган чегарасини аниқлаш мумкин бўлади. Бунинг учун ультра товуш билан 2-3 маротаба, ҳомиладорликни 16,24,26 ва 34-36 хафталигида йўлдошнинг олдин келиш хавфи бўлган аёлларни текширилиб борилади.

Йўлдошнинг олдин келишини аниқлашда цистографияни қўллаш мумкин (Телол усули). Бунинг учун қовуққа 10% ли сергозин эритмаси юборилади (бунда аёлнинг қовуғи тўла бўлиши керак), кейин рентгенда кўрилади. Бунда агар йўлдош маркази билан жойлашган бўлса қовуқ билан ҳомила боши оралиғи гўё ярим ой ётганга ўхшаган шаклни, биқини билан бўлса буни бир оз қийшайган ҳолда, чети билан келган бўлса қийшиқ ёриқ холатни кўрилади. Демак, йўлдошнинг олдин келиш турига қараб, йўлдош маркази билан жойлашган Pl. Praevae Centralis, чети билан Pl. Praevae marginalis, биқини билан олдин келиш Pl. praevae lateralis деб аталади.

Бачадонни рангли эритмалар ёрдамида вазография қилиш усули билан ҳам йўлдошнинг олдин келганини билиш мумкин.

Бунинг учун сон артерия томирига (соннинг $^1/_3$ юқори қисмига) махсус нина киргизилиб, мандренни қолдириб нина суғириб олинади. Мандрен орқали контраст модда

юбориб, дарҳол рентгенда кўрилади. Конраст моддани юбораётганда сон артерияси икки (юқоридан ва пастдан) томондан босиб турилади. Шу йўсинда юборилаётган контраст модда чаноқдаги артерияларга тарқалади ва бачадон артерияси орқали тушиб, бачадон томирларини ҳам тўлдиради. Буни рентгенда аниқ кўриш мумкин.

Ворсинкалараро бўшлиқлар ҳам контраст моддага тўлади, бу соҳа (йўлдош ёпишган соҳа) бошқа томирлардан деярли фарқ қилади. Шу белги билан йўлдош олдин келганини аниқ билиш мумкин. Вазография қилиб бўлгандан кейин артериядаги мандренни олинади. Унинг ўрнида тезда тромба ҳосил бўлади.

Вазография усули аёл ва ҳомила учун зарарсиз бўлиб, аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради.

Йўлдошнинг олдин келганлигини аниқлашда (юқорида олдин операция хонаси тайёрлаш, веналарга игна киритган ҳолда) айтиб ўтган тайёргарликларни кўргач, қин орқали кўриш мумкин.

Бунда йўлдош маркази билан бачадон бўйнининг ички бўғизи устига жойлашган бўлса тешик соҳасини бутунлай қоплайди (Pl. praevae sentralis), агар йўлдошнинг бир неча бўлаги (қисми) бачадон бўйнининг ички тешиги соҳасини қисман қоплаб, тешикнинг қолган қисимда қоғаноқ пардаси бўлса (Pl. praevae marginalis) биқини билан келган, агар йўлдош чети бачадон бўйни ички тешиги четига ёпишган бўлса чети билан келиши деб юритилади.

Қин орқали текшириш усулида бачадон бўйни $2^1/_2$ — 3 бармоқ очилганда йўлдошнинг қандай ҳолатда ётганлиги аниқланади. Акс ҳолда агар бачадон бўйни ҳали очилмаган бўлса, олдин келиш турларини аниқлаш мумкин бўлмайди. Баъзан қин гумбази орқали бачадонни пастга жойлашганлигини аниқлаш мумкин бўлади. Агар гумбаз орқали ёстиқсимон тўқима сезилса, уларнинг ҳолатига қараб йўлдошни жойлашиш турларини аниқлаш мумкин.

Йўлдош олдин келганда қон кетишда дастлаб ҳомиланинг умумий аҳволи вақтинча ўзгармайди. Қон кетиш давом этаверса, аёлда қон йўқотиш белгилари, ҳатто шок ҳолатини кузатиш мумкин. Ҳомилада кислород танқислиги (гипоксик) даражаси оша боради.

ДАВОЛАШ

Йўлдош олдин келганда беморни кузатиб туриш ва даволаш фақат стационарда олиб борилиши керак.

Агар қон кетиш тўхтаган бўлса ҳам ҳомила 24 ҳафталигидан бошлаб аёл стационарда шифокор назоратида бўлади. Туғруқдан олдинги бўлимда даволаш:

1. Бемор ўринда ётиш керак.
2. Овқат ҳазм қилиш системаси фаолиятини нормал ҳолда тутиш (қабзият бўлмаслиги керак).
3. Бачадон спазмасига тиришишига қарши ва токолитик препаратлардан фойдаланиш.
4. Камқонликни даволаш.
5. Бачадон-йўлдошда қон айланиш ва модда алмашинуви жараёнини нормаллаштирадиган препаратлардан фойдаланиш.

Бунинг учун 20-25% ли магний сульфатдан 10 мл, папаверин гидрохлориднинг 3% ли эритмасидан 2 мл мускул орасига ёки таблеткада 0,4 г дан бир кеча-кундузда 3 марта, Но-шпани 2% эритмасидан 2 мл мускул орасига ёки таблеткада 0,04 г дан бир кеча-кундузда 3 марта буюрилади.

Агар қон кам кетаётган бўлса, 3-7 кун В-адреномиметиклар; 0,05% орципреналин сульфат эритмасидан 1 мл бир кеча-кундузда 2 марта мускул орасига ёки венага секин юборилади ёки таблеткада 0,02 г дан 2-3 марта ҳар 4-6 соатда 5 мг дан фенотеррол буюрилади. Бу препаратлардан фойдаланишда уларнинг гипотензив фойдасини ва булардан фойдаланиш мумкин бўлмаган кўрсаткичларни (юрак пороки, юрак ритмаси бузилганда тиреотоксикоз, глаукома) аниқ билиш керак. Кам қонликни даволашда анемияги қарши темир препаратлари (ферроплекс ачитқисидан 2 таблеткадан бир кеча-кундузда 3 маротаба) дан фойдаланилади.

Бачадон-йўлдошда қон айланиш ва модда алмашинуви жараёнини яхшилаш учун 40% ли глюкозадан 40 мл, аскорбинат кислотанинг 5% ли эритмасидан 5 мл, тиамин хлорид (5% — 1,0) ёки тиамин бромид (6% — 1,0), токоферол ацетат (витамин Е), эссенциале (венага 5-10 мл ёки 2 капсуладан кунига 3 марта) буюрилади.

Булардан ташқари, теоникол (ксантинол никотинат) дан 1 таблеткадан 3 маҳал, теофиллинли шам (1х2 марта). Беморнинг аҳволи ва кўрсаткичларга қараб тинчлантирувчи (седатив) моддалар (валериана, седуксен, пустырник ўти дамламаси), ҳамда гистаминга қарши препаратлар (димедрол, пипольфен, супрастин) дан фойдаланилади.

Йўлдош олдин келганда ҳомиладорларга сурги дори бериш қатъиян ман қилинади, агар жуда зарурат туғилса эхтиётқорлик билан ҳуқна қилиш мумкин.

Ҳомиладорликда кесарча кесиш операцияси қилиш учун кўрсаткичлар:

1. Қайта қон йўқотиш, йўқотилган қон ҳажми 200 мл дан ошиқ бўлса.

2. Агар қон унча кўп кетмаган ҳолда аёлда камқонлик ва гипотоник ҳолат бўлганда.

3. Бирданига 250 мл ва ундан кўп қон кетганда.

4. Йўлдош бачадон бўйни тешиги соҳасига тўла ёпишганда (pl. praevae sentralis) қон кета бошласа.

Кесарча кесиш операциясини ҳомиладорлик муддатидан ва ҳомиланинг ҳолатидан қатъий назар онанинг ҳаётини сақлаб қолиш учун қилинади.

Туғруқ жараёнида кесарча кесиш учун кўрсаткичлар:

1. Йўлдош тўла ёпишганида (pl. praevae centralis).

2. Йўлдош қисман ёпишганида, (pl. praevae lateralis) баъзан (pl. praevae cateralis), ҳомилани қийшиқ ёки кўндаланг ётишида, чаноқ қисми билан олдин келганда; ҳомила катта бўлганда, етилган ҳомиланинг гипоксиясида, анатомик тор чаноқда, 30 ёшдан ошган биринчи туғувчиларда.

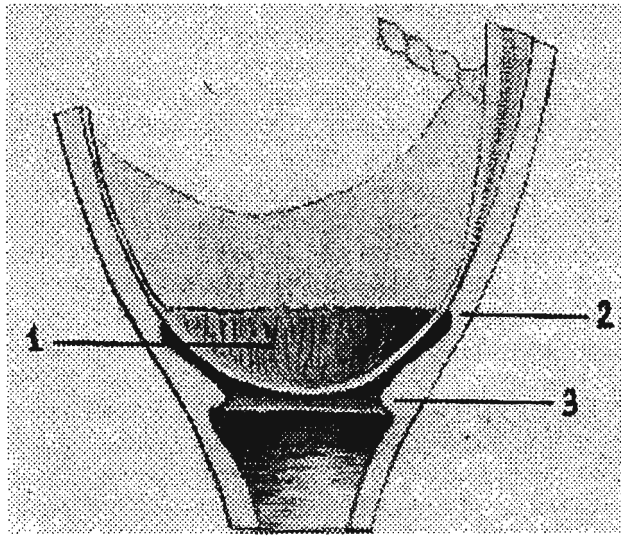
Бачадоннинг пастки сегментида кўндаланг қирқиш йўли билан кесарча кесишда қон кетиб қолиши мумкин бўлгани учун бу операцияни мутахассис шифокор бажариши керак. Бошқа ҳолларда корпорал (бачадонни фаол қисмида) кесарча кесиш беҳавотир ҳисобланади.

Туғруқ дарди тутиб, бачадон бўйни 4 см очиқ бўлса, қоғоноқ пардасини тешиб қоғоноқ суви чиқарилади, бунда ҳомила боши сурилиб пастга, йўлдош юзасига тушиб, уни бўйин деворига босади, бундан ташқари, бачадон бўйни очилишида қоғоноқ пардаси айрилгани туфайли йўлдошга

ёпишган жойда бош билан босилганча қолиб, бачадоннинг пассив қисми юқорига кенгайиб кўтарилса ҳам, йўлдош бирга юқорига силжимайди. Бачадоннинг қарама-қарши томонидаги қоғоноқ пардаси ортиқ йўлдошни тортмайди (йиртилгани учун) ва у ҳам бачадон девори билан юқорига сурилади.

Ҳомила қоғоноғини ёриш усули кўпроқ йўлдош чети билан келганда қўлланилади (биқини билан олдин келганда бу ҳамма вақт ҳам мумкин бўлмайди) (90-расм).

Н.С.Бакшеев ва бир қатор акушерлар ҳомила боши қўзғалувчан ва юқорида бўлса, қоғоноқни ёргандан кейин ҳомила бошини Дуайен қисқичи ёрдамида терисидан сиқиб олиб, унга 350-400 г оғирликда юк осиб қўйишни маслаҳат берадилар. Бунда ҳомила боши пастга сурилиб, кўчаётган йўлдошни босиб, қон кетишини тўхтатади. Метерейринтер, ҳомилани айлантиришдаги Брекстон-Гикс усуллари ҳам бўлиб, булардан тажрибада деярли фойдаланилмайди. Чунки бунда қалтис вазият келиб чиқиши, она ва ҳомила ҳаёти хавф остида қолиши, йўлдошни



90-расм. Пардалар йиртилгандан кейин йўлдош кўчиши тўхтаган. Ҳомила боши пастга тушиб, йўлдошнинг кўчган бўлакларини босиб қўяди.

1-ҳомила боши; 2-йўлдошнинг кўчган ва босилган бўлаги; 3-ташқи тешик.

ўрнидан кўчиши, қонни кўп кетиши ва бу ҳомиланинг ўлимига сабаб бўлиши мумкин. Баъзан оғир ҳолатларда бачадоннинг пастки сегменти ва хатто бўйиннинг йиртилиши кузатилган. Е.А.Чернуха ва бошқалар ҳам шу фикрни тасдиқлайдилар.

Йўлдош олдин келганда кетган қонни ҳисоблаш зарур. Бунинг учун аёл фойдаланган қонли тагликларни тарозда тартиб қон миқдорини аниқлаш мумкин.

Инфузия ва трансфузия билан даволашни кесарча кесишдан олдин бошлаш ва йўқотилган қон миқдорини тўлдириб боришга ҳаракат қилиш керак. Операциядан кейин бемор операцияхонада 2-3 соат унинг умумий аҳволи яхшилангунга қадар бўлиши керак (анестезиолог назоратида). Йўлдошни олдин келишининг тўла бўлмаган турида ва қоғаноқ пардасини ёргандан кейин қон кетиш тўхтаганда туғруқни табиий туғруқ йўли орқали олиб бориш мумкин (бунда ҳам операцияхонаси тайёр туриши керак).

Туғруқни консерватив усулда олиб бориш учун кўрсаткичлар:

1) йўлдошнинг олдин келишини қисман тўла бўлмаган турида қоғаноқ пардасини ёргандан кейин қон тўхтаса;

2) ҳомила боши ўлчови билан чаноқ ўлчовлари бир-бирига мос бўлганда;

3) ҳомила энса қисми билан чаноқнинг кириш қисмида бўлганда;

4) туғруқ дарди нормал ҳолатда бўлганда;

5) бачадон бўйнининг йиртилишига сабаб бўладиган патологик ҳолатлар (ҳомила катта), туғруқ дарди нотўғри (дискоординация) кечганда, муддатидан ўтиб кетган ҳолларда, бачадон бўйнини аввалги туғруқларда II—III даражада йиртилган бўлганида, бачадон бўйни чандиқли бўлганда (диатермия, кирокоогуляция) улғайган ёшда биринчи туғувчиларда.

Туғруқни консерватив усулда бошқаришда:

1) эрта амниотомия. Бундан олдин тиришиш, спазмага қарши препаратлардан (но-шпа, папаверин гидрохлорид, баралгин ва бошқалар) фойдаланиш;

2) спазмага қарши препаратларни туғруқнинг биринчи даврида томчи сифатида венага юбориш (6 мл но-шпа,

8 мл папаверин гидрохлорид ёки 5 мл баралгин, 400 мл хлорид натрийни изотоник эритмага аралаштириб, (0,9% ли) томчи сифатида 4-5 соат давомида, ҳар минутда 25-30 томчидан юборилади.

3) венани трансфузия ва инфузион даволашга тайёрлаб қўйиш (игна ёки конюляни киргизиб);

4) туғруқни кучайтирувчи омиллардан фойдаланмаслик.

Гипотоник қон кетишни олдини олиш учун эрта чилла даврида венага 1,0 мл метилэргометрин, томчи сифатида окситоцин (5-10 бирликда 1-2 мл), 300-500 мл кристаллоидлар эритмаси (натрий хлориднинг 0,9% ли эритмаси), Рингер-Локк, лактасолдан (бир минутда 30 томчидан 30-40 минут давомида) юборилади.

Агар юқорида келтирилган даво омиллари ёрдам бермай қон кетиши давом этаверса, бачадонни ортиқларисиз олиб ташлашни маслаҳат берилади.

НОРМАЛ ЖОЙЛАШГАН ЙЎЛДОШНИНГ БАРВАҚТ ЎРНИДАН КЎЧИШИ (SEPARATIO PLACENTAE NORMALITER INSERTAE SPONTONEA)

Нормал ўтган ҳомиладорликда йўлдош бачадоннинг фаол қисмига жойлашиб, туғруқнинг учинчи даврида ўз ўрнидан кўчади.

Дард тутган вақтда бачадоннинг фаол қисмидаги мускулларнинг қисқариши ва пассив қисм мускулларининг кенгайиши ҳақида айтиб ўтган эдик. Бачадоннинг фаол қисмидаги мускуллар қисқарган вақтда йўлдош ёпишган юза (плацента майдони)даги мускуллар бошқа мускулларга нисбатан секинроқ қисқаради. Йўлдош булутсимон бўлгани учун унинг бачадонга ёпишган юзаси бир оз сиқилади, кичиклашади, лекин ўрнидан кўчмайди. Ҳомила туғилиб бўлгач, бачадон қисқариб, кичиклашади, бунинг натижасида йўлдош майдончаси ҳам кўпроқ қисқариб, йўлдош бачадон деворидан ажралади. Йўлдош майдончасини туғруқнинг I ва II даврида секинроқ қисқаришига сабаб у ўзидан ажратган прогестерон билан ўз майдонини таъминлайди деган фикрлар бор.

Йўлдошнинг ўрнидан барвақт кўчиши биринчи туғувчи аёлларга нисбатан такрор туғувчиларда деярли кўп

учрайди. Нормал жойлашган йўлдошнинг ўрнидан барвақт кўчиши 0,5-1,5% учрайди.

Нормал жойлашган йўлдошни барвақт ўрнидан кўчишини пайдо қилувчи сабаблар турличадир. Бундай сабабларни икки гуруҳга бўлиш мумкин:

а) йўлдошни ўрнидан кўчиши учун шароит яратувчи сабаблар;

б) тўғридан-тўғри йўлдошни ўрнидан кўчирувчи сабаблар;

Йўлдошнинг ўрнидан барвақт кўчиши учун шароит яратувчи сабабларга қуйидагилар киради:

1) аёллар организмидаги қон томирларнинг, хусусан бачадон қон томирларининг мўртланиши. Бунда қон томирлар осон ёриладиган бўлиб қолади;

2) буйрак касалликлари (пиелонефрит), сурункали юқумли касалликлар (хрониосепсис, безгак, сўзак, сил ва бошқалар), ҳомиладорликдаги токсикоз-гестозлар (нефропатия, преэклампсия, эклампсия), юрак пороки, қанд касаллиги, гипотония, тиреотоксикоз, тромбофлебит, сариқлик, авитаминоз, грипп, қон-томир системасининг зарарланиши, гипертония касаллиги, она билан ҳомиланинг изосерологик мос келмаслиги.

Бачадон деворининг ҳаддан ташқари кенгайиб, юпқалашиб кетиши (кўп ҳомила, кўп сувлик, катта ҳомила) натижасида ҳам йўлдош барвақт кўчиши мумкин.

Қўш ҳомилали аёлларда биринчи ҳомила тезда туғилиб, бачадоннинг кескин қисқариши натижасида иккинчи ҳомила туғилмай туриб йўлдош кўчиши ҳам мумкин. Қоғоноқ суви кўп бўлганда, ҳомила пардалари йиртилгандан кейин сув бирданига кетиб қолади, бунга сабаб ҳомиланинг олдинда келувчи қисмининг чаноқ киришига суқилмаган бўлганидир.

Йўлдошнинг кўчишига сабаб кенг юзага ёпишган йўлдош бачадон девори билан бирга қисқара олмай, ўрнидан кўчади. Шунингдек йўлдошнинг барвақт ўрнидан кўчишига бачадон ичидаги босимнинг бирданига камайиб кетиши ҳам сабаб бўлади. Бундан ташқари йўлдошнинг сурункали етишмовчилиги ҳам сабаб бўлиши мумкин. Туғруқ жараёнида туғруқ дардининг нотўғри кечиши (бечадоннинг сегментар қисқариши ва бошқалар),

туғруқни кучайиштириш омилларидан ўринсиз фойдаланиш, йўлдош бачадондаги миома тугунлари оралиғига жойлашганда, сурункали базал эндометрит, йўлдош эрта қариб қолиши, ниҳоят ҳомиладорликни барвақт тўхтатишига йўлдош барвақт ўрнидан кўчишига кўпроқ сабаб бўлиши мумкин.

Ҳомила бачадон ичида кўндаланг жойлашган бўлса, бачадоннинг фаол қисми кенгайиб ҳомилани юпқалашган пастки сегментга сиқиб туширади, натижада ўрнидан нормал турган йўлдошни ҳам жойидан кўчириши мумкин.

Ҳомила боши билан келиб, қоғоноқ пардаси қалинлигидан ўз вақтида ёрилмаса (туғруқнинг иккинчи даврида) қоғоноқ пардаси йўлдошни тортиб, уни ўрнидан барвақт кўчиради.

Бачадонда яллиғланиш жараёни мавжуд бўлса ёки яллиғланиш ўрнида қолган чандиқлар сатҳига йўлдош жойлашса у барвақт ўрнидан кўчиши мумкин.

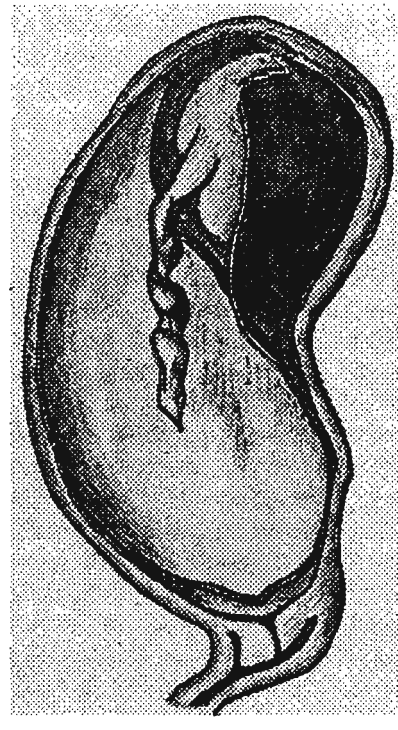
Нормал турган йўлдошнинг ўрнидан кўчишига турли шикастлар: қорinga уриш, ҳомилани ташқаридан қўполлик билан айлантириш, асабий-руҳий ҳолатлар (бехосдан қўрқиб кетиш, қаттиқ асабийлашиш ва бошқалар) сабаб бўлиши мумкин.

Аёлдаги турли патологик ҳолатлар туфайли қон томирларнинг спиралсимон артерияларида бир қатор ўзгаришлар пайдо бўлади. Бу артериялардаги патологик ҳолат тиқин (тромб) фибринларнинг ворсинкалараро бўшлиқларда йиғилиб қолиши, йўлдошда оқ ва қизил инфарктлар вужудга келиши, йўлдошнинг вақтдан илгари бачадон деворидан кўчишига сабаб бўлади. Спиралсимон артериялар кўпроқ ёши улғайган аёлларда учрайди.

Қон томир охирларидаги ва ворсинкалараро бўшлиқлардаги ўзгаришлар натижасида спиралсимон артериялар эластиклигини йўқотиб, ёриладиган бўлиб қолади. Ҳатто у арзимаган механик омил, бачадон қон томирларида ёки амнион ичида босимнинг ошишидан йиртилиши мумкин.

Децидуал парданинг томирлари ёрилиши натижасида ворсинкалараро қон айланиш издан чиқиб, йўлдош орқасига қон қуйилади ва тўқималардаги жароҳатланган де-

цидуал парда ва ворсинкалар ажратган тромбопластин таъсирида қон қуйилади (91-расм). Қон қуйилган ерда (ҳатто баъзан йўлдош тўла кўчган бўлса ҳам) вақтинча қон айланиш давом этиб туради. Ажралаётган қон қисман ёки бутунлай фибриногенни йўқотади. Фибринлар қон қуйқасига тўпланa боради. Ниҳоят фибринолиз вужудга келиб, тромблар эриб, қон бутунлай қуюлиш хусусиятини йўқотади (а-гипофибриногенемия).



91-расм. Нормал жойлашган йўлдошнинг бачадон деворидан барвақт ажралиши.

Йўлдош қисман ажралганда бачадон томирларида тиқинлар ҳосил бўлиб, шу соҳага айтарли қон қуйилмайди. Аммо ажралган қонда ҳосил бўлган қон қуйқаси йўлдошнинг шу кўчган соҳасида қошиқсимон чуқурча ҳосил қилади. Буни йўлдош туғилгандан кейин кўриш мумкин, бу белги йўлдошни қисман кўчганини билдирувчи белгидир.

Йўлдош кенг сатҳи билан ажралган бўлса, унда қуйилган қон йўлдошни амнион бўшлиғи маркази томон суради.

Йўлдош деярли ҳамма сатҳи билан ажралганда қуйилган қон ҳомила пардасини бачадон деворидан ажратиб, ташқарига оқа бошлайди. Аммо бу оқаётган қоннинг миқдорига қараб, аёлнинг йўқотган қонини ҳисоблай олмаймиз, чунки қон бачадон девори тўқималари оралиғига ҳам кириб, қон қуйқаларини ҳосил қилади.

Кювелер бачадоннинг бундай ҳолатини 1911 йилда таърифлаб берган. Бундай бачадон "Кювелер бачадони" бачадон-йўлдош апоплексияси деб юритилади.

Ҳомиладорлик ва туғруқда йўлдошнинг барвақт ўрнидан кўчишини авжланмовчи ва авжланадиган ҳолатларга ажратган ҳолда таърифланади.

Оғир ҳолатнинг асосий клиник белгилари: ички қон кетиши, бачадон тонусини ошиши. Йўлдош бачадоннинг олдинги деворида жойлашган бўлса (у бачадоннинг орқа деворига ёпишган бўлса оғриқ тарқалган ҳолатда бўлади) унда оғриқ шу соҳада бўлади. Талвасанинг клиник кўриниши, ҳомиланинг юрак уришининг ўзгариши билан кечиши мумкин. Йўлдошнинг барвақт ўрнидан кўчишида айтиб ўтганимиздек қоннинг ташқарига оқиши ва йўлдош билан бачадон девори оралиғида йиғилиши, бачадон деворига шимилиши мумкин. Ҳомила олди суви баъзан қон билан бўялади. Йўлдошнинг барвақт кўчишининг клиник кўриниши унинг кечиш жараёнига боғлиқ. Шунга кўра унинг кечиши енгил, ўрта ва оғир турларда ўтади. Бу турлар бир-бири билан осон алмашиниб туриши, қисқа вақт оралиғида енгил турдан оғирига ўтиши мумкин.

Йўлдош эрта кўчишининг енгил турида клиник белгиларни -деярли аниқлаб бўлмайди, белгилар жуда суст кечади. Бачадон ҳар дард тутиш орасида тўла бўшашмайди. Миометриянинг тонуси ошиб, ҳомиланинг юрак уриши ўзгармайди. Жинсий йўлдан бир оз қон ажралиши мумкин. Ҳомила олди сувига қон аралашган бўлиши мумкин.

Йўлдошнинг барвақт кўчишида оғриқ ва қон кетиши каби белгилар бўлмаслиги ҳам мумкин, фақат аёл туққандан кейин ажралган йўлдошда қон қуйқаси жойлашган ернинг қошиқсимон ботганини кўриш мумкин.

Йўлдош барвақт кўчганининг ўрта-оғир турида, яъни йўлдош юзасининг 40% кўчганида клиник манзара дарҳол намоён бўлади. Аёлнинг ранги оқариб кетади, томир уриши тезлашади, артериал қон босими 10-15 мм симоб устинига камаяди. У оғриқ сезади, бўшашади, кўнгли айнаб, боши айланади. Оғриқ асосан кўпроқ йўлдош ёпишган жойда бўлади. Бачадон шакли ўзгаради (ассиметрик ҳолатда бўлади), йўлдош ёпишган бачадон девори қуйилган қон туфайли дўппайиб қолади.

Йўлдошнинг барвақт кўчишининг оғир турида геморрагик ва оғриқ шокнинг клиникаси кузатилади.

Қорин соҳасида кучли оғриқ сезилиб бўшашиш, бош айланиш, қусиш, марказий гемодинамика фаолиятининг бузилиши: томирнинг тез уриши, артериал босимнинг камайиб кетиши кузатилади. Бачадон жуда таранглашиб (гипертонус) бўшашмайди, пайпаслаганда бутун бачадон сатҳида белда ёки жойли оғриқ бўлади, баъзан жинсий аъзодан ташқарига қон оқади. Ҳомилада авж олаётган гипоксиядан оғир асфиксия ҳолати кузатилади.

Аёлнинг тери сатҳи, шиллиқ пардалари оқариб кетиб, лаби кўкаради. Нафас олиши тезлашиб қорни кўпчийди, "чегаралган шишиш" ҳолати кузатилади. Ҳомиланинг майдон қисмларини пайпаслаб бўлмайди. Ниҳоят ҳомиланинг юрак уриши эшитилмайди (у ўлади).

Гемостаз система фаолияти бузилиб, қоннинг ивиш хусусияти ўрнига фибринолиз туфайли қон ортиқ қуюлмайди. Жинсий йўлдан ивимайдиган суюқ, баъзан осон парчаланиладиган қон қуйқалари оқади.

Укол қилган жойларда қон қуйилиши, юз териси, кўкрак, қорин соҳаларида қонли тошмалар, гематурия ҳолати кузатилиб, олигоанурия вужудга келади.

Аёлнинг тана ҳарорати жуда пасайиб кетади. Йўлдош туғруқ бошланмасдан кўчган бўлса, унда бачадон бўйни берк бўлади.

ТАШХИС ҚЎЙИШ

Ташхис қўйишда асосан аёлнинг умумий аҳволига эътибор берилади, ички қон кетиш белгилари (томир тез ва секин уриши, гипотензия). Ташқаридан текширганда — гипертонус, бачадон ассиметрияси, ҳомила асфиксияси (ўлими)ни аниқлаш лозим.

Шунингдек ташхис қўйишда ультратовуш билан текшириш ҳам яхши ёрдам беради. Йўлдошнинг барвақт ўрнидан кўчганини: йўлдошнинг олдин келиши, бачадон йиртилиши ёки бачадоннинг қўшимча шохини йиртилиши, бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик, қораталоқ, жигар артериясининг аневризими ёрилгани билан дифференциал ташхис олиб бориш мумкин.

Даволаш тадбирлари асосан йўлдошнинг қайси давр-да ва қандай даражада кўчганига қараб олиб борилади.

Енгил турида консерватив усул қўлланилади. Бунда тинчлантирадиган, бачадон тонусини камайтирадиган, қон тўхтатадиган препаратлардан фойдаланилади, қон қуйиш системасини мунтазам кузатиб турилади.

Йўлдошнинг барвақт кўчганини ўрта ва оғир ҳамда шошилинч формасида туғруқ жараёнини тезлаштиришда (агар бачадон бўйни етарли очиқ бўлмаса) бирдан бир йўл кесарча кесиш усулидир.

Агар ўз вақтида чора кўрилмаса, йўлдошнинг кўпроқ кўчиши ва у билан бачадон девори оралиғига қон қуйилиш (ретроплацентар гематома), қоннинг бачадон деворларига шимилиши, тромбопластик субстанция, бачадоннинг очиқ қон томиларига тушиши натижасида қон ивиш хусусиятини йўқотиши хавфи кучая боради.

Агар туғруқни табиий усулда олиб бориш учун шароит бўлмаса унда кесарча кесиш операциясидан фойдаланилади.

Туғруқ дарди бошланмаган бўлса амниотомия қилиш керак эмас, чунки амнион бўшлиғида (бачадон ичида) босимнинг камайиши йўлдошнинг олдин кўчишини кучайтиради. Кўп муаллифлар туғруқ дарди бошланиб бачадон бўйни 4-5 см очилганда, қоғоноқ ичидаги босимни камайтириш мақсадида уни ёришни таклиф қиладилар.

Умуман йўлдошнинг барвақт кўчишининг ўрта ва оғир турларида туғруқ дарди бўлмай, аммо ҳомила ўлик бўлса ҳам аёлнинг ҳаётини сақлаш учун кесарча кесиш операциясини қўллаш керак бўлади.

Йўлдош барвақт кўчганда кесарча кесиш операциясининг асосий хусусиятлари:

1) пастда, кўндаланг ёки тик кесиб қорин ва бачадон девори очилади;

2) ҳомилани ва йўлдошни олиб бўлгандан кейин бачадонни синчиклаб текширилади (бутунлиги, гематома бачадон деворининг қайси қисмини эгаллагани);

3) агар бачадоннинг сероз пардасида қонли тошмалар (петехиал), гипокоагуляция (қон қуйқаси ёки юмшоқ қуй-

қалар), бачадон деворига шимилган қон қуйқалари кузатилса унда бачадонни олиб ташланади.

Шуни унутмаслик керакки операциядан олдинроқ трансфузия ва инфузия даво чораларини кўриб, қон кетишининг олдини олиш керак. Операциядан кейин гемодинамик ва гемокоагуляцион кўрсаткичлар нормаллашгунча аёл операция хонасида бўлиши керак.

Йўлдошнинг барвақт ўрнидан кўчишининг енгил формасида туғруқни бошқариш:

1) ҳомила бош ўлчами билан онанинг чаноқ ўлчами бир-бирига мос бўлса;

2) бачадоннинг қисқариш хусусияти нормал бўлганда;

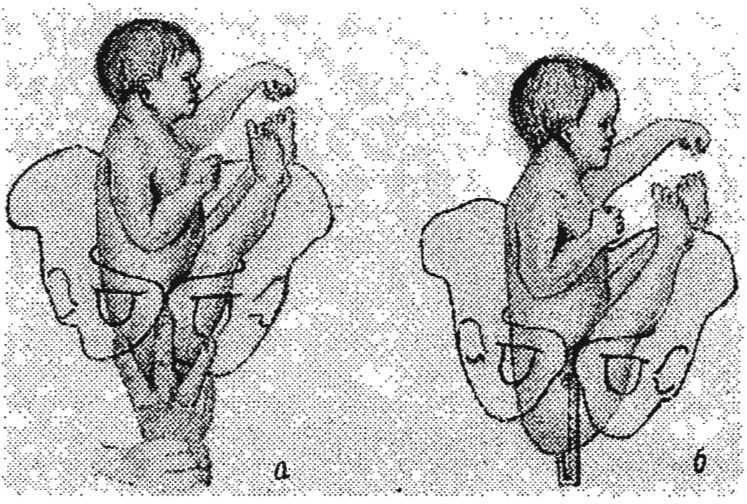
3) аёлнинг умумий аҳволи деярли ўзгармаган ҳолларда туғруқ консерватив усулда олиб борилади.

Тор чаноқ, катта ҳомила, муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорликда, бачадон қисқариш хусусиятининг аномалиясида кесарча кесиш операциясини қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Юқорида айтиб ўтганимиздек агар туғруқ дарди бошланган бўлса, амниотомия қилиш мумкин. Бунда бачадон ҳажми кичрайиб, миометрий тонуси камаяди, бачадоннинг қисқариш амплитудаси ошади. Туғруқ дардини нормал ҳолатда, сақлаш учун, туғруқнинг биринчи даврида венага томчи кўринишида спазмга қарши (но-шпа, папаверин гидрохлорид, баралгин) препаратлар юборилади. Туғруқни тезлаштирувчи препаратлардан фойдаланиш мумкин эмас.

Туғруқда оғриқсизлантириш усулларидан фойдаланиш зарурияти туғилса ингаляция, енгил бошқарувчи анестетиклар (кислород закиси ва трилен билан) ни қўллаш керак бўлади.

Йўлдошни барвақт кўчишининг оғир формасида агар туғруқ йўллари ҳомилани туғдириш учун тайёр бўлса ҳомила боши чаноқ ичи ёки чиқишида, тирик бўлса бачадон бўйнини тўла очиб қисқич қуйиш, ўлик бўлса кранеоклазия операциясидан фойдаланилади. Ҳомила думбаси билан келса оёғидан тортиб, (92-расм) бунда ҳам ҳомила ўлик бўлса бошининг энса чуқурчасидан перфорация қилиб туғдирилади. Туғруқни консерватив усулда олиб борилганда ҳомила туғилган замон, қўл билан бачадон-



92-расм. Ҳомилани човидан ушлаб ёки резинка солиб тортиб олиш (б).

нинг текшириб чиқиш, қон қуйқаси қолдиқларини тозалаш керак, бундан ташқари бачадон бутунлигини текширилади. Агар бунда ҳам коагулапатик синдром ҳолати кузатилса, дарҳол бачадонни ортиқларисиз олиб ташлаш керак бўлади.

Шуни унутмаслик керакки кўп ҳолларда бачадон яхши қисқарганига қарамай, қон кетиш давом этади ва бу ҳолат қон қуюлиш фаолиятининг бузилганидан далолат беради (ДВС синдром томир ичида қонни ивиши). Бу ҳолатнинг вужудга келиши қуйидагича бўлади:

Йўлдош ва децидуал пардадаги қон томирлар ёрилганда тромбопластик субстанция ажралади ва бу гематомага йиғила бориб у ерда йиртилиб, очилиб қолган қон томирлар орқали умумий қон оқимига ўтиб, протромбинга таъсир қилади ва уни тромбинга айлантиради, бу эса фибриногенни ўз йўлида фибринга айлантиради. Бу биринчи босқич ҳисобланиб, **гиперкоагуляция фазаси** деб юритилади. Бу босқич 1 минутдан 20 минутгача давом этиб, бирданига ёки аста-секин кечиши мумкин. Бу қонда тромбопластнинг тушиши ҳолатига боғлиқ. Одатда бу босқичда ҳали қон кетмайди. Қон кетиш 1-2 ёки 3-4 соатлар орасида бошланади.

Ажралган фибрин қуйқалари ҳаётий зарур бўлган аъзолар (ўпка, мия ва бошқалар) капиллярларида тиқилиб қолади. Натижада шу аъзоларнинг ҳаётий фаолияти бузилиб, фибринли шок юзага келади. Фибриноген камая боради, қон ивиши сусаяди. Қон ивишига қарши фибринолитик система фаоллашади.

Тўпланиб қолган фибринлар фибринолизга учраб эрийди ва қон кетиши авж ола боради. Бу **фибринолиз босқич** деб аталиб, у тромбогеморрагик синдромни пайдо қилади. Ҳамма қисмлардан ҳатто игна суқилган жойлардан ҳам қон кетади, аъзоларга, тери остига ҳам қон қуйилади. Бу ҳолат жуда оғир кечиб, кўпинча ўлим билан тугайди. Даволаш асосан индивидуал ҳолатда олиб борилади, асосан бу хилдаги акушерликдаги патологияни йўқотиш, марказий қон айланишини нормаллаштиришдан иборат бўлади.

Махсус даво тадбирлари қуйидагилар: ўз таркибида прокоагулантлар тутган препаратлар, антифибринолитик моддалар, томирлар ичида қон ивишини тўхтатадиган препаратлар қўлланилади (бу қон ивишининг I босқичида юборилади).

Прокоагулянт препаратлар:

1) иссиқ қон — тўғридан тўғри донордан олиб қон қуйиш ёки олинганига узоғи билан 48 соатдан ошмаган донор қони, концентрацияланган плазма, гемофилияга қарши қуруқ плазма, криопреципитат ишлатилади.

2) антифибринолитик моддалар — контрикал (трасилол дастлаб 60-80 минг бирликда) венага юборилади.

Гордекс (500-600 минг бирликда) венага секин юборилади.

3) томирлар ичида қон ивишини тугатадиган препаратлар:

гепарин (лабораторияда қонни ивиш ҳолатини текшириб туриши шарт) дан 1500-2000 бирликда, бошқа эритмалар (0,9% ош тузининг физиологик эритмаси, 5% глюкоза 200-400 мл ва бошқалар) билан биргаликда юборилади. Агар қоннинг ивиш хусусияти йўқолган бўлса гепарин юбориш асло мумкин эмас.

Гистаминга қарши препаратлардан: пипольфен, димедрол, супрастин ва бошқалар ишлатилади.

Агар йўқотилган қон тана вазнининг 2 фоизидан ошса (бунда индивидуал ҳолатда) ва қон кетиш давом этса бачадонни ортиқларисиз олиб ташлаш лозим.

ТУҒРУҚНИНГ УЧИНЧИ ДАВРИДА ҚОН КЕТИШИ

Нормал ҳолатдаги туғруқда аёл 350-400 мл миқдорда қон йўқотади. Маълумки туғруқнинг I-II даврида йўлдош жойлашган қисмдан — бачадон деворидан ажралмайди. Бунга сабаб йўлдошнинг булутсимон бўлганлигидир. Бачадоннинг туғруқ жараёнида қисқаришига қарамай у ҳам қисқаради, аммо ёпишган еридан ажралмайди. Бундан ташқари йўлдошдан ажралган прогестерон бачадоннинг био-электрик ҳолатини ўзгартиради, унинг бирданига қисқаришини пасайтиради, фармакологик реактивлигини сусайтиради. Серотонин ва бошқа қисқартирувчи моддалар таъсирида шу йўлдош ёпишган соҳа қисқармайди. Шунинг учун йўлдош туғруқнинг I-II даврларида ажралмай, нормал ҳолда туғруқнинг III даврида бачадон деворидан ажралади. Шу ажралиш жараёнида ворсинкалараро бўшлиқ томирлари очилиб, қон кетади, аммо бу қон кетиш физиологик қон кетиш ҳисобланади. Йўлдош бачадон деворидан ажралиш жараёнида шу соҳа қисқара бошлаб, ниҳоят бутунлай ажралгандан кейин етарли қисқариши натижасида ворсинкалараро қон томирлар тромбланади, натижада ортиқ қон кетмайди (бу ҳолни олдинги бобларда айтиб ўтганмиз).

Туғруқнинг III даврида қон кетишининг асосий сабаблари:

1) йўлдошнинг бачадонда тутилиб қолиши;

2) йўлдошнинг бачадон деворидан нотўғри ажралиши;

3) вена қон томирларининг варикоз кенгайиши;

4) туғруқ йўлидаги жароҳатлар;

5) йўлдошнинг бачадон деворига қаттиқроқ (Pl. adhaerens), қаттиқ (Pl. accreta increta) ёпишиши.

6) бачадон гипотонияси;

7) йўлдош аномалиясида (қўшимча бўлаклар).

Қон кетишига шунингдек йўлдошнинг патологик ҳолатда бачадон деворига қаттиқроқ ёпишиши (Pl.

adhaerens), бачадон децидуал қавати спонгиоз қисмининг яхши тараққий қилмагани сабаб бўлади. Бу ворсинкаларни мускул қаватидан ажратиб турувчи, кўчиб турадиган парданинг бўлмаслиги туфайли йўлдошнинг бачадон деворидан ажралишини қийинлаштиради. Бачадон шу соҳада бир текис қисқармагани учун йўлдошнинг ажралиш ҳолати ҳам нормал кечмайди.

Йўлдош қаттиқроқ ёпишганида (Pl.adhaerens) унинг бир оз ажралиб қолган қисми ажралмай қолса қон кетади. Буни бошқа консерватив усуллар ёрдамида ажратиш мумкин бўлмайди. Шунинг учун қўл билан ажратиш керак бўлади. P. accreta икки хил учраши мумкин.

1) Pl. accreta totalis йўлдош ҳамма юзаси билан бачадон деворига чуқур ёпишган. Бунда туғруқнинг III даврида йўлдош ажралмайди, шунга кўра қон ҳам кетмайди;

2. Pl. accreta portialis йўлдош қисман чуқурга, ҳатто мускул қаватига ёпишиб жойлашган. Бунда йўлдошнинг юзага жойлашган қисмигина кўчади, қаттиқ ёпишган қисми эса кўчмай, кўчган юзадан қон кетади.

Йўлдошнинг бундай жойлашиши жуда хавотирлидир. Йўлдош қаттиқ ёпишганининг ҳар икки турида ҳам уни туғдиришда консерватив усул билан туғдиришга уриниш, ҳатто қирғич (кюретка) ёрдамида кириб олиш мумкин эмас (87-расм). Бунда бирдан-бир йўл бачадонни олиб ташлаш ёки ампутация қилиш усулидир.

Pl. increte ва Pl.perereta да ҳам шу усулни қўллаш лозим бўлади, чунки бунда хорион ворсинкалари бачадоннинг мускул қаватига анча чуқур жойлашган бўлади.

Е.А.Чернуха ва бошқаларнинг фикрича:

Туғруқнинг III даврида одатда йўлдошнинг ажралиши 1/2 — 1 соат кутилади, агар шу даврда йўлдош ажралмаса йўлдошнинг қаттиқроқ ёпишганига (pl. adhacrens) шубҳаланиш мумкин. Бунда бачадонга қўл билан кириб, йўлдошни аста кўчириб, кейин массаж қилинади.

Ажралган йўлдош бачадон бўйни олдига қисилиб қолганда (93-расм) бачадон бўйнидаги тиришиш (спазм) ни бўшатиш учун чаноқдаги парасимпатик нерв системаси охирларига таъсир қиладиган препаратлардан фойдаланилади (лидаза, атропин, новокаин, но-шпа, тропацин). Агар спазм бўшашмаса наркоздан фойдаланилади. Ни-

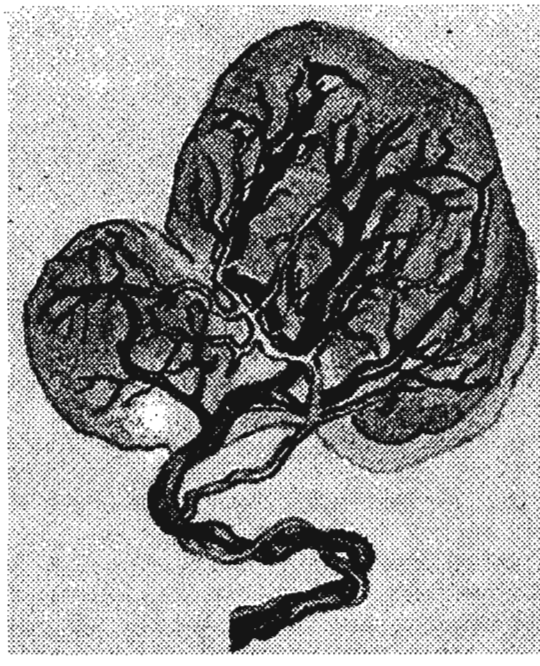


93-расм. Плацентанинг бачадон бўйнининг ички бўғзи соҳасида қисилиб қолиши.

ҳоят бунда ҳам уни туғдиришни иложи бўлмаса қўл ёрдамида олиб чиқиш лозим бўлади.

Йўлдош ажралиб, бачадон бўйнининг ички тешиги соҳасида тутилиб қолса уни туғдиргандан кейин бачадонда гипо ёки атония ҳолатини кузатиш мумкин. Йўлдош ажралиб, бўйин соҳасида қисилиб қолганда йўлдош ажралган сатҳ қон томирларидан қон кетавергани учун у бачадон ичига йиғила боради, шунинг учун бачадон кенгайиб катталашади, ниҳоят ўз тонусини йўқотади. Аёлда эса камқонлик белгилари (оқариб кетиш, бош айланиш, артериал қон босимининг пасайиб кетиши, томир уришининг тезлашиши ва бошқалар) кузатилади. Барча туғаётган аёлларда шу юқорида келтирилган патологик ҳолатлар кузатилиш хавфи бўлса қон кетишининг олдини олиш керак бўлади. Бундан ташқари трансфузия ва инфузиялардан фойдаланилади. Йўлдош туғилгандан кейин унинг она юзаси, ундаги қон томирларнинг йўналиши (агар қон томирлар йўлдош четидан қоғоноқ томонга йўналган бўлса, бунда қўшимча бўлаги борлигидан далолат беради) ва қоғоноқ пардасининг бутунлиги аниқланади (94-расм).

Йўлдош фақат думалоқ шаклда бўлмай, ярим доира, буйракка ўхшаб чўзинчоқ ҳам бўлади. Бундан ташқари, иккиучта ва кўп бўлакларга ажралган кўп бўлаклардан иборат бўлиши мумкин. Умуман йўлдош аномалиясида ҳомила тухуми нуқсонларидан ташқари аёлдаги турли патологик ҳолат хусусан, бачадон шиллиқ пардасининг сурункали яллиғланиши, дистрофик ўзгаришлар, операциядан кейинги чандиқлар, абортдан кейинги ҳолатлар кузатилади (баъзан врач абортда бачадон шиллиқ қаватини, баъзи қисмларида функционал қаватини ҳам шилиб олади), натижада бачадон шиллиқ қаватининг айрим қисмларида йўлдош нотўғри шаклда

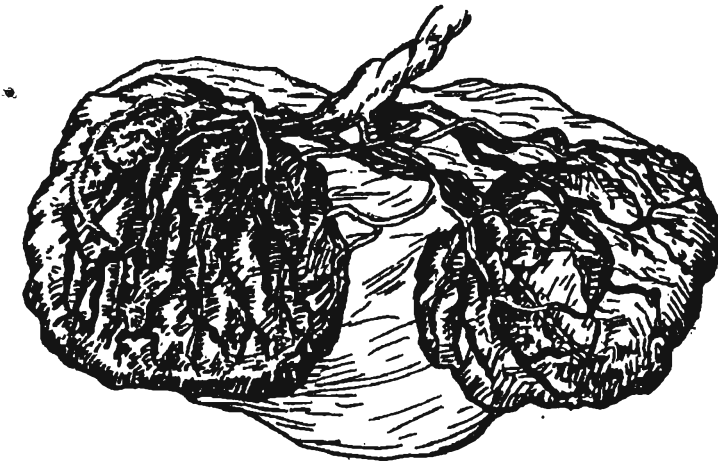


94-расм. Плацента қўшимча бўлаги билан.

бирикиши мумкин (ҳомила билан онада Rh омилнинг мос келмаслиги туфайли йўлдош ҳажми катта бўлгани учун, у нотўғри жойлашиши мумкин).

Йўлдошда қўшимча бўлаклар (pl.biratiata) 0,8-10% учрайди. (Турли муаллифлар фикрича) (95-расм).

Йўлдошнинг қўшимча бўлаклари марказидан узоқда ёки ҳомила пардаларига жойлашган бўлади. Шу йўлдош бўлаклари йўлдошни туғилиш даврида қон кетишига, чилла даврида эса бачадон ичида кўчмай қолгани учун турли септик касалликларга сабаб бўлади. Бундан ташқари, асосий йўлдош билан унинг оралиғида киндик тизимчаси ёпишган бўлса, ҳомиланинг туғилиш жараёнида қоғоноқ шу киндик ёпишган жойдан ёрилиши ёки ҳомила чаноқ канали бўйича сурилганда киндик тизимчаси тортилиб, осон йиртилиши натижасида ҳомила қон йўқотиши мумкин. Бу камдан-кам учрайдиган ҳолат. Шунинг учун йўлдош туғилиши билан уни жуда синчиклаб кўздан



95-расм. Икки бўлакдан иборат бўлган плацента (placenta bipartiata)

кечириш лозим. Бунда қон томирлар йўналишини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Қон томирларнинг шу қўшимча бўлакларга йўналганлиги аниқ кўринади. Агар қўшимча бўлак қолган бўлса, уни қўл билан олиш ва бачадон деворини синчиклаб текшириш керак.

Баъзи ҳолатларда йўлдош четлари бир оз кўтарилган, оқ рангда бўлиб, бу ҳомила пардасининг бурмаси ёки фибрин йиғилиб қолганлигидан дарак беради. Йўлдош четларидаги ёриқ (синус) соҳаси кўчганда шу ерга ҳам қон йиғилиши мумкин. Аммо бунда унча кўп қон кетмайди. Йўлдошнинг кичкина қисми ёки бўлаги ҳамда қоғоноқ парданинг 2-3 қисми бачадонда қолган бўлса ҳам, унда албатта бачадонни (қин орқали қайта текшириб чиқиш керак), кўздан кечириш керак.

ЙЎЛДОШ ОЛДИН КЕЛИШИНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИСИ БАЧАДОН ШИШЛАРИ (МИОМА, САРКОМА, РАК, ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА ВА БОШҚАЛАР) БИЛАН ОЛИБ БОРИЛАДИ.

Бачадон раки ҳомиладорликда инфильтратив равишда ўсади ва лимфа безларига жуда тез тарқалиб (метастаз), бачадон бўйни ва қин тўқималарини емиради. Бача-

дон бўйни ракида дастлаб қиндан сувга ўхшаш оқсил ва қон аралаш ажралмалар келиб туради.

Одатда ҳомиладорликнинг охирги ойларида хотин-қизлар маслаҳатхонасида аёлни ҳамма вақт ҳам қин орқали текширилаверилмайди.

Қиндан қон келса йўлдошнинг олдин келиши бўлса керак, деб тахмин қилинади. Ўз вақтида ташхис қўйиш учун қон ҳолатини аниқлаб ўрганиш, албатта ҳомиладорлик муддатига қарамай, қин кўзгулари ёрдамида бачадон бўйнини текшириш керак. Шунда рак, полип ва эрозияларни ўз вақтида аниқлаб, даволаш мумкин. Бордию рак ёки хорионэпителиома аниқланса, тезда ҳомилани кесарча кесиш йўли билан олиб ташлаш, ўз вақтида радикал операция қилиш шарт.

Бачадондан ҳомиладорликда, айниқса чилла даврида қон кетиш сабабларидан бири миомадир. Миома хавфсиз ўсмалардан ҳисобланиб, асосан мускул ва бириктирувчи тўқимадан ўсиб чиқади. Хавфсиз деб ҳисобланишига сабаб у метастаз бермайди, аммо чилла даврида анча кўнгилсиз клиник воқеаларга сабаб бўлади. Одатда миома тугун-тугун бўлиб жойлашади. Агар миома тугунлари бачадон сероз пардаси остига жойлашган бўлса, ҳомиладорлик, туғруқда, чилла даврида асоратлар қолдирмайди.

Миома тугунлари мускул қавати қалинлигига жойлашиб, бачадон бўшлиғи томонига ўсган бўлса, бунда бачадон вақтидан илгари қисқариб, йўлдошнинг бачадон деворидан кўчиши натижасида ҳомиладорлик ёки туғруқда қон кетади.

Агар миома тугунлари кўп бўлсада ҳомила тухуми шу тугунлар орасида жойлашса, унинг сўнгги тараққиёт даврида мавжуд миома тугунлар оралиғи торлик қилиб, ҳомила тухуми хусусан йўлдош бачадон деворига яхши ёпиша олмайди, натижада у ўриндан қисман осон ёки бутунлай кўчиб, қон кетади.

Миомани аниқлаш унча қийин эмас. Аёллар одатда миома борлигидан хабардор бўлганлари учун сўраб билиш ҳам мумкин. Бундай ҳолларда даволаш қон кетиш даражасига қараб белгиланади.

Қон кам кетиб, аёлнинг умумий аҳволи ўзгармаган бўлса, бачадон қисқаришини тўхтатувчи дорилар (проге-

стерон, тропацин) дан укол қилинади. Бемор ўрнида ётиши шарт. Қон кўп кетганда тезда кесарча кесиш операциясини қўллаш, кейин бачадонни ампутация қилиш керак. Аёл ўзи туғса унда қон консерватив усуллар билан тўхтатилади, кучли утеротоник (бачадонни қисқартирувчи) дорилардан фойдаланилганда миома тугунлари некрозга учраб анча кўнгилсиз ҳолларга (сепсис ва бошқалар) сабаб бўлиши мумкин.

Агар шунда ҳам қон тўхтамаса бачадонни олиб ташланади (ампутация қилинади). Шуни айтиб ўтмоқ керакки, ҳомиладорликда, туғруқда, чилла даврида бачадондан қон кетиш одатда бирданига бошланади. Шунинг учун шошилинч ёрдам кўрсатиш талаб қилинади. Бунинг учун ҳар бир туғруқхонада албатта қон, қон ўрнини босадиган суюқликлар, оқсил препаратлари бўлиши шарт. Бундан ташқари туғруқхонанинг махсус ўз донорлари бўлиши керак.

ЭРТА ЧИЛЛА ДАВРИДА ҚОН КЕТИШИ

Эрта чилла даврида қон кетиши акушерлик тажрибасида кўп учрайди. Хусусан:

1) туғруқ йўллар жароҳатида;
2) варикоз вена қон томирлари ёрилганида;
3) йўлдош бўлаклари бачадон деворига ёпишиб ажралмай қолганда;
4) бачадон гипотония ва антониясида;
5) қоннинг ивиш хусусияти бузилганида.

Гипотонияда бачадон мускуллари тонуси камайгандек бўлиб бу ҳолат мускулларнинг баъзан қисқариши ва бўшашиши билан намоён бўлади. Гипотонияда кўп ҳолатларда қон кетиш бошланиб, кейин бора-бора атонияга ўтиши мумкин. Атония — бу бачадон фаолиятининг бузилишининг оғир патологик ҳолати бўлиб, чилла даврида қоннинг кўп кетишига сабаб бўлади.

Гипотонияга сабаб бўладиган ҳолатлардан бири туғруқнинг III даврида бачадонда йўлдош қолдиқлари (бўлаклари) қолиши бўлиб, бу ҳолат бачадон мускулларининг нормал қисқаришига ҳалақит беради.

Гипотонияга бирданига бошланадиган ҳодиса деб қараш хато бўлади. Чунки синчиклаб клиник кузатиш

натижасида бу оғир патологик ҳолатни вужудга келиш хавфини олдиндан аниқлаш мумкин бўлади.

Гипотонияни вужудга келишидаги асосий омиллардан, нейро-эндокрин система фаолиятини бузилиши, гормонлар мувозанатини издан чиқиши, инфекция ва аллергик касалликлар, кечки токсикозлар ҳамда унинг бошқа жинсий аъзолар билан алоқадор бўлмаган касалликлар билан бирга кечиши, бачадоннинг илгари яллиғланишидан қолган асоратлар, туғруқ дардининг нуқсонлари (суст ёки унинг дискоординацияси-аномалияси), кўп сув, кўп ҳомилали ҳомиладорлик ва шунингдек, дорили препаратлардан ўринсиз фойдаланишдан ҳам гипотония юз бериши мумкин.

Баъзан гипотония атонияга ўтиб кетиб, оғир ҳолат юз беради. Бунда бачадон мускуллари қисқариш хусусиятини йўқотади. Ҳеч қандай дори-дармонга реакция бермайди. Бачадон фалаж ҳолатда бўлиб, бўшлиғида борган сари кўпайиб бораётган қон таъсирида пассив равишда кенгайиб боради.

Бачадоннинг ҳар икки патологик ҳолати қон кетиш билан кечади. Гипотонияда қон "тўлқинсимон" кетади (чунки бачадон бир қисқариб, бир бўшашиб, туради). Бачадон бўшашганда қон кетиб, кучсиз дард тутганда (бачадон мускуллари кучсиз қисқарганда) бир оз тўхтайди ёки кетаётган қон миқдори вақтинча камаяди.

Гипотонияни атонияга ўтишига бачадонга қўпол манипуляциялар билан таъсир қилиш, илгари шу гипотонияни вужудга келтирган сабаблар таъсирини давом этиши сабаб бўлади. Бундан ташқари, бачадон мускулларининг қисқаришини таъминловчи чаноқ ва бачадон нервларининг парабиоз (тромбоз) босқичида ёки энергетик жараёнлар блокадаси вужудга келганда гипотония юз бериши мумкин.

Умуман гипотония қисқа вақт — 10-15 минут давом этади, айрим ҳолларда бир неча соатга чўзилиши мумкин, бундай узоқ чўзилиш натижасида кўпроқ атонияга ўтиб кетиши кузатилади. Бачадон мускулларининг қисқариш хусусияти тикланиши уч босқичдан: атония- гипотония-нормотония босқичларидан иборат бўлади.

Қон йўқотиш натижасида вужудга келган кислород танқислиги туфайли бачадон мускуллари тонусининг тикланиш жараёни анча узоқ чўзилади.

Туғруқнинг узоқ чўзилиши, аёлнинг толиқиши, туғруқдаги оғриқнинг нейро-эндокрин системалар фаолиятига таъсири бачадон мускулларининг қисқаришини сусайтиради. Туғруқ дардининг бирламчи ва иккиламчи сустлиги кўпинча учинчи даврда ва эрта чилла даврида ҳам давом этиши мумкин.

Ч.С.Бакшеевнинг такидлашича, туғруқ бирламчи ва иккиламчи сўст бўлган 34,7% аёлларда патологик қон кетган (400 мл дан ошиқ). Уларнинг 60% да туғруқ дардининг сустлиги кузатилган гиптония ва атония инфантил аёлларда кўпроқ кузатилади.

Абортлар, наркотик ва оғриқсизлантирадиган дориларни кўп ишлатиш ҳам гипотонияга сабаб бўлиши мумкин.

Йўлдош олдин келганда унинг майдончаси яхши қисқара олмаслиги натижасида ҳам қон кетади. Йўлдош барвақт кўчганда, бачадон деворининг мускул толалари орасида пайдо бўлган гематома (қон қуйилиши) ҳам бачадон мускулларининг яхши қисқармаслигига сабаб бўлади. Туғруқда септик жараён, ўткир юқумли касаллик рўй берганда ҳам бачадон атонияси вужудга келиши мумкин.

КЛИНИКАСИ

Юқорида айтиб ўтганимиздек гипотониядаги қон кетиш тўлқинли кечади (яъни бир кўпайиб, бир камайиб). Бундай гипотония ҳолатида бўлган бачадон вақтинча қисқаради, шунда қон кетиш камаяди, бачадон яна бўшашганда қон кетиши кўпаяди. Гипотониянинг клиник кечишининг икки тури мавжуд.

1. Дастлаб кўп қон кетади, бунда бачадон бўшашган, тонусини йўқотган бўлади, у қисқартирувчи дориларга реакция бермайди. Бундан ташқари ташқаридан қилинган массаж ва бачадон ичини қўл билан текшириш натижасиз бўлади. Тез фурсатда гиповолемия авж олади, атонияга ўтса геморрагик шок кузатилиб, қоннинг ивиш хусусияти бузилади.

2. Олдинига унча кўп қон кетмайди, бачадон вақти-вақти билан бўшашади, қон кетиш аста-секин кўпая боради. 150-300 мл гача қон йўқотилади. Дастлаб камроқ қон йўқотилиб бунга ва гиповолемияга аёл организми вақтинча оғир реакция бермайди. Артериал қон босими нормал ҳолатда бўлади, аммо тери сатҳи оқариб тахикардия авж олади. Агар гипотонияни ўз вақтида даволанилмаса у атония ҳолатига ўтиб кетади. Бунда кўп қон кетиб аёлнинг қон йўқотишга нисбатан мосланиш реакцияси деярли йўқолади, унинг аҳволи оғирлашади, шок белгилари оша бориб, қоннинг ивиш хусусияти йўқолади.

Гипотонияда қон кетишининг давом этиши турлича. Унинг енгилроқ формасида агар тўғри даволанилса 15-30 минут давомида бачадон тонусини ошириб, қон кетишини тўхтатиш мумкин.

Акушерлик амалиётидаги қон кетишни гипо ёки атонияда қон кетиш деб бўлиш шартли бўлиб, бунга сабаб бу ҳар икки, патологик ҳолатни дифференциал ташхиси анча мураккабдир.

Шунинг учун туғруқни қуйидаги принципда бошқариш керак: йўлдошнинг туғилиш ва эрта чилла даврида йўқотилаётган қон миқдорини аниқ ҳисобга олиб бориш, бачадоннинг қисқариш характерини жиддий кузатиш, агар аёл тана оғирлигига нисбатан 0,5% қон йўқотса унда тезда даво чораларини қўллаш керак бўлади.

ДАВОЛАШ

Гипотоник қон кетишини даволашни 3 босқичга бўлиш мумкин.

Биринчи босқичда агар аёл тана оғирлигига нисбатан 0,5% (400 мл дан 600 млгача) қон йўқотса, бунда асосий вазифа қон кетишни тўхтатишдир. Аёлни ортиқ қон йўқотишини олдини олиш, қон ва қоннинг ўрнини босадиган моддалардан фойдаланиш (0,5:1,0%).

Биринчи босқичдаги асосий вазифа:

1) қовуқни сийдикдан бўшатиш, бачадонни қорин девори орқали ҳар минутда 20-30 секунд массаж қилиш (қорин деворининг пастига муз қўйиш) венага кристаллоидлар, тузли эритмалар, глюкоза ва бошқалар юбориш.

2) бу билан бир вақтда 0,5 мл метилэргометрин ва окситоцинни аралаштириб битта шприцда венага юбориш. Кейин шу дозада бошқа эритмалар (5% глюкоза, ош тузининг 0,9% изотоник эритмаси 200-400 мл) билан аралаштириб, томчи сифатида бир минутда 35-40 томчидан 30-40 минут давомида юбориш.

3) бачадон ичини қўл билан текшириб чиқиш. Бунда бачадон деворининг бутунлиги аниқланади, қон қуйқалари ва йўлдош қолдиқлари бўлса олиб ташланиб, кейин ҳар икки қўл (ташқарида ва бачадон ичидан) ёрдамида массаж қилинади. Бунда бачадон ичидаги қўлни муштум қилиб тутилади ва гўё бачадон туби муштумга жойлашган ҳолда ташқи қўл билан массаж қилинади (95-расм). Бунда давомли массаж қилиш бачадон тонусига салбий таъсир кўрсатади, шунинг учун вақти-вақти билан танаффус қилинади;

4) туғруқ йўлларини кўздан кечириб, агар йиртиқлар бўлса уни тикилади;

5) витамин — энергетик моддалардан фойдаланилади. Булар бачадонни қисқаришига ижобий таъсир кўрсатади.

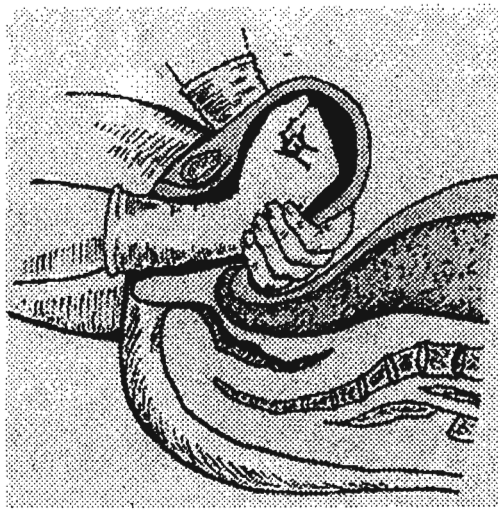
100-150 мл 40% глюкоза, 13-16 бирликда инсулин (тери остига), 10 мл 5% аскорбин кислотаси, 10% ли глюконат кальций, 50-100 мг кокарбоксилаза гидрохлорид юборилади.

Агар қон тўхтаганига шубҳа қилинса ва аёл 500 мл қон йўқотган бўлса гемотрансфузияни бошлаш керак бўлади. Агар қон кетиш тўхтамаган ёки қайтарилган бўлса унда дарҳол гипотонияга қарши иккинчи этапга ўтиш керак.

Кўп қон йўқотишга йўл қўймаслик зарур. Бундан ташқари томирларда оқаётган қон миқдорини сақлаш бунинг учун юбориладиган қон ва эритмалар миқдорини ҳисобга олиб бориш, қон кетишининг барча даво омиллари қоннинг реологик хусусиятини тиклашга қаратилган бўлиши керак.

Ёрдам беришнинг II босқичи (этап)да:

I. Томчи сифатида венага бир минутда 35-40 томчи 10 бирликда окситоцинни 500 мл, 0,9% ли ош тузининг изотоник эритмаси, 6 мг простагландин E_2 ни, 300 мл кристаллоид эритмаси юборилади.

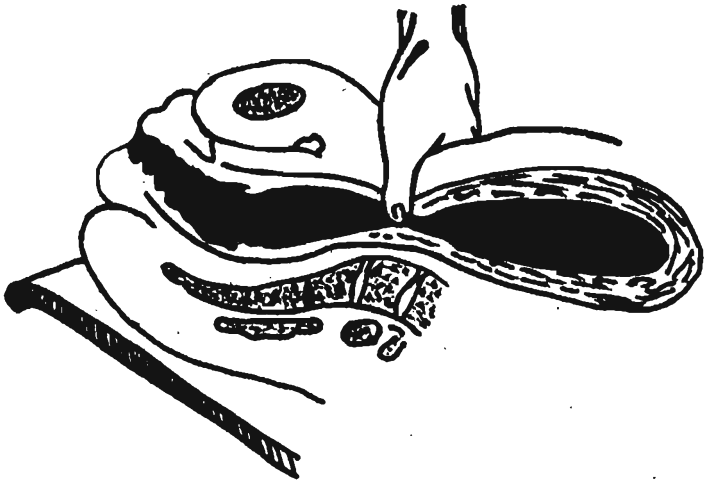


96-расм. Бачадоннинг ташқи-ички массажи, Бакшеев бўйича қон тўхтатиш.

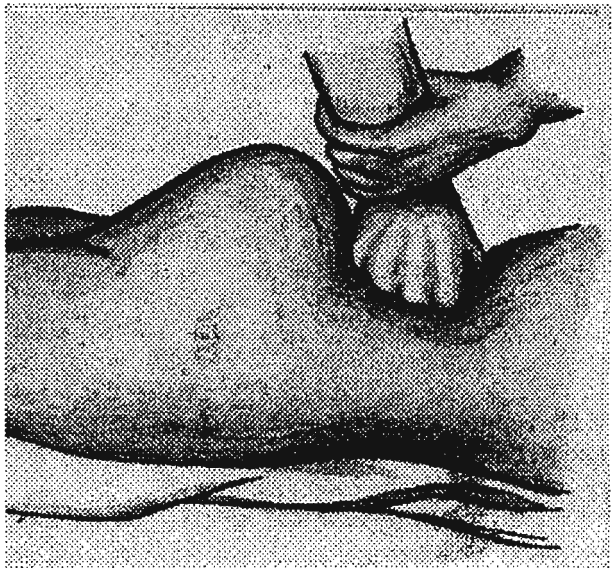
2. Рефлектор ва механик усуллардан фойдаланилади (Бакшеев қисқичи). Агар бу ёрдам бермаса бачадон бўйнига клемма қўйилади (96-расм). Бачадондан қон кетишини вақтинча тўхтатувчи ёки камайтирувчи усуллар:

Гентер усули. Бунда аёлни тренделенбург ҳалатида бошини пастга, чаноқ қисмини юқорига қилиб ётқизилади (қовуқ сийдикдан бўш бўлган ҳолда), врач аёлнинг ён томонига ўтади, чап қўлини қорин девори орқали кичик чаноқ бўшлиғига тиқиб, бачадоннинг пастки сегментини бош бармоқ билан ишора бармоқ орасига олади, (97-расм) сўнг бармоқлар билан қаттиқ қисади, айни вақтда, бачадонни юқорига тортиб, кўтарган ҳолда пастки сегментни бел умуртқаларига тақаб қисади. Ўнг қўл билан бачадон тубини массаж қилади. Бачадонни шу ҳолатда 5-15 минут тутиб туриш керак. Бунда бачадон қон томирлари тортилиб, қоннинг бачадонга келиши камаяди ва бачадон қонсизланиб, яхши қисқаради.

Қорин аортасини босиш ҳам қонни тўхтатишда яхши ёрдам беради (98-расм). Врач туққан аёлнинг ён томонида турган ҳолда мушти билан бел умуртқаларининг чап томонидан қорин аортасини босади. Бунда аортанинг бо-



97-расм. Гентер усули бўйича гипотоник қон кетганда қон томирини қисиш.



98-расм. Қорин аортасини қўл билан босиш.

силган еридан юқори қисмида томирлар силкиниши (пульсация) бўлиб, пастки қисмида бўлмаслиги керак. Шундагина аортани тўғри босилган деб ҳисоблаш мумкин. Мушт ўрнига думалоқ ёстиқча орқали босиш ҳам мумкин. Аортанинг босиш учун бир қўлнинг кучи етмаса, иккинчи қўл билан биринчи қўлни билагидан ушлаган ҳолда икки қўл билан босилади.

Пискачек усули. Бунинг учун қовуқни бўшатиб, чап қўлни бош бармоғи билан бир томондан, ўрта бармоқ билан иккинчи томондан бачадоннинг пастки сегментини айлантириб ушлаб сиқилади. Бунда бачадоннинг артерия ва вена қон томирлари сиқилиб қонсизланади. Шу билан бир вақтда бачадон туби ҳам массаж қилинади. Бачадонни қовуқ суягига қисиб, юқоридан босганда ҳам бачадон қонсизланади.

Генкель усули. Бунинг учун бачадон бўйнини ўткир қисқичлар билан қисиб олиб, пастга тортилади, бачадон атрофидаги клетчатканинг қин гумбазлари орқали ҳар икки томондан — бачадонга нисбатан бирмунча қийшиқ ҳолда узун қисқич ёки корцанг билан қисилади. Клетчатканн қисганда a. uterina ҳам қўшиб қисилади ва бачадон қонсизланади. Қисқичлар 6-12 соатга қўйилади. Бироқ бу усулни қўллаганда сийдик йўлининг қисилиши натижасида шу қисилган жойнинг некрозланиши кузатилади, натижада у ажралиб тушади. Шу ерда тешик ҳосил бўлиб, аёл сийдик тутолмайдиган бўлиб қолади. Шунинг учун бу усулдан деярли фойдаланилмайди.

Н.С.Бакшеев усули. Бачадон ёнига бир неча ойнасимон қисқичлар киргизилади (қин орқали). Уларнинг бир шохи бачадон ёнига, иккинчиси қиннинг ён гумбазига тўғри келади. Қисқич қўйишдан олдин бачадон бўйни пулевой қисқичлар ёрдамида қиннинг чиқиш қисмига тортилади. Бачадоннинг ҳар икки томонига 4-5 қисқич қўйилиб улар иложи борича қиннинг чиқиши томон тортилади. Шу йўл билан бачадон ҳам пастга тортилади. Натижада бачадон мускуллари рефлектор равишда қисқаради, бундан ташқари бачадон қон томирлари ҳам тортилиб, қон кетиш камаяди. Аммо бу усул ҳам кўп қўлланилмайди.

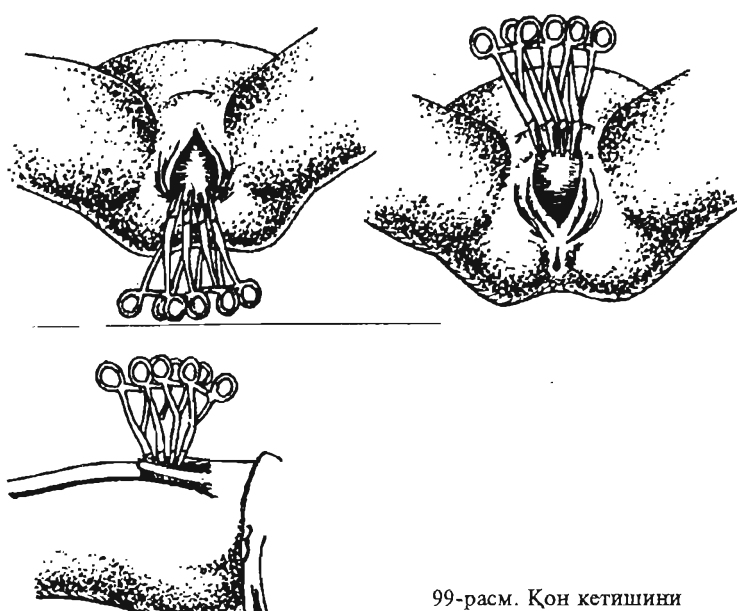
Лосицкая усули. Бунда қиннинг қин ойналари ёрдамида очиб, бачадон бўйни ташқи тешигининг орқа лаби-

ни ойнасимон қисқич билан ушлаб, қин чизиғи томон олдинга ва юқорига тортилади, икки бармоқ бачадон бўйни каналига, унинг ички тешиги соҳасига киргизилади ва бармоқлар ёрдамида бўйин орқа девори ичкарига босиб ўгирилади, бунда бўйин девори гўё бармоқларга кийдирилгандай бўлиб туради.

Бачадон бўйнининг орқа девори қин гумбази яқинида, думалоқ игна ёрдамида кетгут билан тикилади. Бўйин деворининг ҳамма қавати чуқур тикилиб боғланади. Бунда бачадон рефлектор равишда қисқариб, қон кетиш тўхтайди.

Аридтх усули. Ўткир қисқич билан бачадон бўйни фиксация қилинади ва ритмик ҳаракат билан пастга тортилади. Бунда бачадон рефлектор равишда қисқариб, қон тўхташи мумкин.

Квантилиани усули. Бачадон бўйнига ўткир қисқичлар (3-4 та) қўйиб, уни пастга ва қов суяги томонга ушлаб турилади. Бунда ҳам бачадон қон томирлари қисилиб, натижада қон кетиш камаяди (99-расм).



99-расм. Қон кетишини тўхтатишда Квантилиани усули.

Губарев-Рачинский усули. Бунда бачадонни чаноқ ичида қорин девори орқали олиб чиқиб, уни буккан ҳолда қов суягига сиқилади. Бачадон букланганда қов суяги соҳасига унинг бўйнининг ички тешиги ёки пастки сегменти тўғри келади. Ўнг қўлни кафт юзаси билан бачадон танаси қов суягига босилади. Ҳар икки қўл билан ҳам босиш мумкин. Қайта туққанларда қорин девори бўшашган бўлгани учун бу усулни қўллаш анча осон бўлади.

Миеклич-Радецкий усули. Бу Губарев-Рачинский усулининг бир туридир. Бачадон чаноқдан юқорига чиқарилиб, қов суягига босган ҳолда максимал равишда юқорига тортилади. Бачадоннинг орқа томонига ёстиқча қўйиб қалин бинт билан боғланади.

Метрогемостат ёрдамида ҳам бачадон тонусини ошириш мумкин. Бу асбоб ёрдамида бачадон бел-орқа умуртқасига босилади.

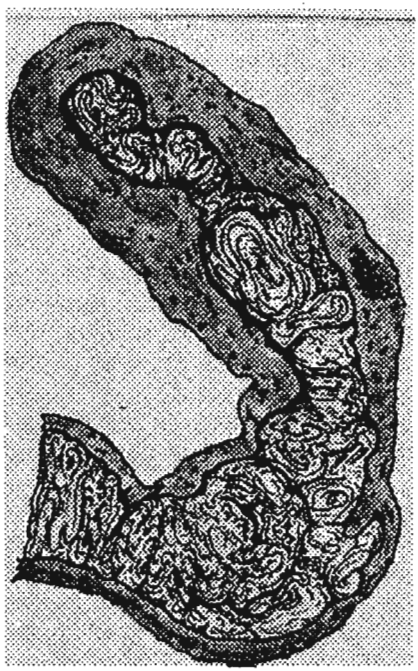
Метрогемостатни ишлатишдан олдин бачадон ханжарсимон ўсиқ томонга сурилади. Бунда бачадон бўйнининг ички тешиги чаноқ ичига қараган думғаза дўнгига тўғри келади. Бачадон қорин бўшлиғининг ўртасида туради. Қорин деворига метрогемостатнинг тақсимчаси ёпилади ва унинг илмоқлари Рахманов карватига бириктирилади ва у тараиглашиб, автоматик равишда тортилиб қолади.

Метрогемостат қўйишдан олдин туғруқ йўлларида жароҳат бор йўқлигини аниқлаш керак, жароҳат бўлса уни тикқандан сўнг ундан фойдаланиш мумкин.

1855 йилда Scanzoni қонни тўхтатиш учун бачадон ичига резина баллон киритишни тавсия қилган. Бачадон ичидаги резина баллонга ҳаво киргизилади, ундаги босим 15 мм симоб устинига тенг бўлиши керак бўлади. Резина баллон 4 соатча шу босимда, кейин 2 соат давомида 10 мм симоб устинида туради. Бу усул яхши ёрдам берса ҳам агар баллон тешилган бўлса ҳаво эмболиясини келтириб чиқариши мумкин. Шунинг учун бу усул деярли қўлланилмайди.

Бачадонни тампонлаш. Ҳозирда бу усул қўлланилмайди. Бу усул юқорида айтиб ўтилган усуллар ёрдам бермаганда қўлланилган.

Бачадонга киргизилган тампон, бир томондан бачадон мускулларининг қисқаришига ёрдам берса, иккинчи томондан қон томирларда тромблар ҳосил бўлишини таъминлайди (100-расм).



100-расм. Қин ва бачадонни тампонлаш.

Тампон зич қўйилмаса, аксинча, бачадоннинг бўшаши ва қон бачадон ичида тампонларга шимилиб, натижада кетаётган қон миқдорини аниқлашда врач катта хатога йўл қўйиши мумкин.

Тампонлаш техникаси. Қинга қин ойнаси киргизилиб, бачадон бўйни пулевой қисқич ёрдамида қиннинг чиқиш қисмига тортилади. Узун ва кенг тампон қайрилган корнцанг ёрдамида бачадон ичига зич жойлаштирилади. Аввал бачадоннинг найлари кирган бурчакларни, энг кейин бўйнини тампонлаш керак.

Тампон ёрдамида қон кетиш тўхтаса, уни бачадонда 6-12 соат қолдирилади. Н.С.Бакшеев тампонни 1,0 мл тромбин ва 200 мл 0,85% ли ош тузи эритмасида ҳўллаб қўйишни тавсия этади.

Биз юқорида мавжуд бўлган усуллар устида тўхталиб ўтдик. Бу дегани барча усуллар амалиётда қўлланиши шарт дегани эмас.

Даволашнинг II босқичи.

Инфузия — трансфузия усули билан даволаш: қон қуйиш, қон кетиш тезлиги билан боғлиқ плазмани ўрнини босадиган онкотик фаол препаратлар (плазма, альбумин, протеин), синтетик коллоид эритмалар (полиглюкин, реополиглюкин, полифер, желатиноль, тузли кристаллоид эритмалар), қон плазмаси, янги донор қони ёки эритроцитар масса (100-110%), плазмани ўрнини босадиган ва тузли эритмалар (20-30%). Бу этапда операция хонаси тайёр бўлиши керак. Бундан ташқари донорларни ҳам бел-

гилаб қўйиш зарур. Беморга ёрдам кўрсатишни оғриқсизлантириш йўли билан олиб бориш керак. Артериал қон босим тикланганда 40% ли глюкоза, корглюкон, панангин, витамин С,В,B_6, кокарбоксилаза, АТФ ҳамда антигистаминли препаратлар (пипольфен, димедрол, супрастин) дан фойдаланилади.

Агар қон кетиш давом этаверса унда III босқичда ёрдам берилади.

Қон йўқотиш 2% дан ошган (1000-1500 мл) да бу этапдаги даволаш омиллари гипотоник қон кетишга қаратилган бўлиши керак. Бундан ташқари, III этапда эътибор қоннинг ивиш хусусиятини яхшилашга, гемодинамикани сақлашга, беморга интубацион наркоз бериш билан бирга ўпка вентиляциясини яхшилашга қаратилиши керак (ИВЛ).

I Ички ёнбош ва бачадон артерияларини бойлаш.

Қорин деворини очгандан кейин, думғаза дўмбоғи пайпасланади ва шу соҳада a. iliaca communis шоҳланган ерини кўз билан ва пайпаслаб аниқланади, ички сийдик йўлини, қорин девори пардаси ости бўйича йўналган киндик артериясини топиб белгиланади.

Тик кесиш йўли билан 7-8 см узунликда париетал қорин пардасининг орқа гарроғил артерия шохлари қўшилган жойдан қорин пардаси бурмасига параллел ҳолатда кесилади. Шу ерда сийдик чиқазиш йўли жойлашган бўлиб, бу a. iliaca interna ни топишда енгиллик туғдиради. Сийдик йўли атрофидаги юмшоқ тўқимага зарар кўрсатмай, қорин пардасини ўрта четини сийдик йўли билан четга сурилади, бунда сийдик йўлининг юмшоқ тўқимага ўтадиган қон томири очилиб қолади.

a. iliaca interna нинг фасциал қинини 2-3 см узунликда, ar. iliaca communis бифуркацияси, киндик артериясини бошланиши олдидан 2-3 см узунликда қирқилади, киндик артериясини йўналиши ar. iliaca interna учун ориентир ҳисобланади, унинг пастида ва бир оз ўртароқда a. uterina жойлашган бўлади. A. iliaca interna ва a. uterina уларнинг қинининг фациал чегарасидан бойланади. Ипли нина (Дишамба игнаси) паравазал томирлар атрофидаги юмшоқ тўқима орқали a. iliaca interna остига киндик артерияси юқорисидан киргизилади.

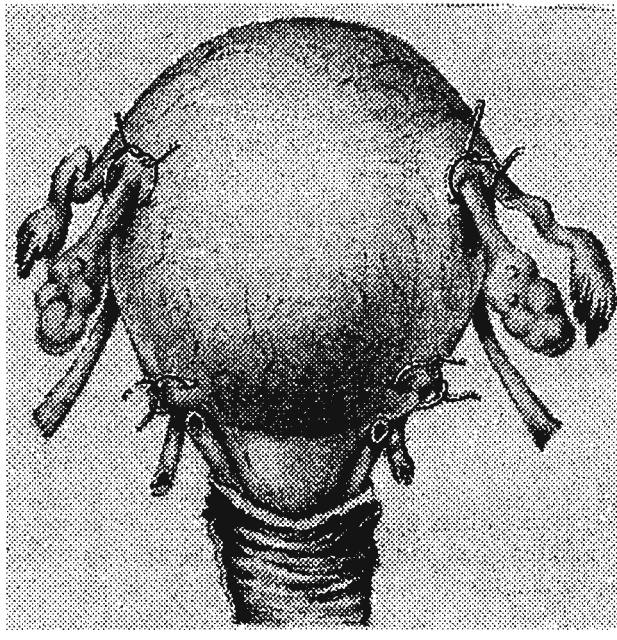
Агар a. uterina киндик артериясидан чиққан бўлса унда шу киндик артериясини ҳам боғлаш керак.

Маълумки бачадон ҳомиладорликда қон томир шоҳларига бой бўлгани учун баъзан a. iliaca interna ва a. uterina ни бойлаш ёрдам бермаслиги мумкин, бунда бачадонни ортиқларисиз олиб ташлашга тўғри келади.

Яна қонни тўхтатиш усулларидан бири бачадонга келадиган қон томирларни бойлаш бўлиб, бунда ҳам қорин девори очилиб, артериялар ҳар икки қўл ёрдамида пульсациясига қараб топилади.

Думалоқ катта нинага ипак ёки ловсан ип тақиб, бачадон ёнидан унинг кенг бойламига бачадон артериясининг кириш жойидан нина қадалади ва иплар боғланади. Иккинчи томонда ҳам худди шундай қилинади (101-расм).

Тухумдон артерияси, унинг махсус бойлами асосий бачадонга бириккан еридан боғланади (бачадон найчала-



101-расм. Қон тўхтатиш мақсадида қон томирларига қўйилган лигатуралар локализацияси (бачадон ва тухумдон артериялари).

рига тегилмайди). Иккинчи томон ҳам худди шундай боғланади.

Қон шунда ҳам тўхтамаса, унда бачадоннинг думалоқ бойлами, бачадонга бириккан жойидан боғланади.

Бу операция узоғи билан 10-15 минут давом этади. Бачадон шунда ҳам қисқармаса унда ампутация ёки экстирпация қилинади.

Қон томирларни боғлагандан кейин бачадон кўкимтир-кул ранг, қаттиқ бўлиб қолса, демак бачадон яхши қисқарган ҳисобланади ва қон ортиқ кетмайди.

Баъзан бачадонни таъминлайдиган ҳар икки томондаги қон томирни боғланса, бачадон тўқимаси қонсизланади. Агар аёлда кесарча кесиш операцияси қилинган бўлса, шу соҳа атрофидаги тўқималар ўлади (некрозланади). Бордию бу операцияни қон томирларни бойлаб, аёлнинг терминал ҳолатида қилинса, фойдаси бўлмайди.

Демак барча операция турларидан фойдаланганда трансфузия ва инфузия усулида даволашни фаол равишда бошқариш керак.

XXVII БОБ

БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИК (GRAVIDITAS EXTRAUTERINA)

1611 йилда биринчи маротаба Riolani ўлган аёлда бачадондан ташқарида жойлашган ҳомилани аниқлаган. Ундан кейин Maurican (1937) бачадондан ташқарида ҳам ҳомиладорлик бўлишини тасдиқлаган.

Узоқ муддат давомида бу патологияни консерватив усулда қиннинг орқа гумбази орқали игна ёрдамида қон олиб даволаганлар. Аммо бу кўпинча аёллар ўлими билан тугаган. 1882 йилда Н.Н.Феноменов қорин девори орқали операция қилишни таклиф қилган.

Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликнинг ривожланишида (gr. ectopio) сперматозоид билан қўшилган тухум ҳужайра одатдагича бачадон ичида эмас, балки бачадон найчаларида (gr. extrauterina tubora) қорин бўшлиғида (gr. extrauterina abdominolis), тухумдонда, шунингдек

бачадоннинг қўшимча шоҳида ҳам ривожланиши мумкин.

Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликнинг 98-99 фоизи бачадон найчаларида учрайди.

ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Ҳомиланинг бачадон найчаларида ривожланишига найча мускулларининг қисқариши (перистальтикаси) суст бўлиши, найчалардаги яллиғланишдан кейин қолган чандиқлар, ўсмалар, эндометриоз, бачадон ва найчалар сили, асабий-руҳий изтироб ва бошқалар сабаб бўлиши мумкин. Инфантил аёлларнинг найчалари узун ва эгри бўлгани учун, сперматозоид қўшилган тухум ҳужайра бачадонга етиб келолмай, найчаларнинг бирор қисмида тўхтаб тараққий қила бошлайди.

Кўпчилик муаллифларнинг такидлашича, ўнг томондаги бачадон найчаларида ривожланаётган ҳомиладорлик аппендицит билан бирга кечиши ҳам мумкин.

Иккиламчи ва бирламчи (инфантил аёлларда) бепуштликда ҳам бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик учраши мумкин.

Агар аёл боласини узоқ вақт эмизса ҳам, бачадон шиллиқ қавати атрофияга учрайди. Бу ҳам бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликка сабаб бўлиши мумкин.

КЛИНИК КЕЧИШИ

Ҳомиладорлик рўй берганда ҳомила қаерда жойлашганидан қатъи назар, аёл бошқоронғи бўлиб, аччиқ, шўр, нордон нарсаларни кўнгили тусайди, сут безлари қаттиқлашади, қин шиллиқ қавати ва бачадон бўйнининг қин қисми кўкимтир бўлиб, бармоқлар билан қин орқали текширилганда бачадон бир оз катталашган бўлади. Ҳали ҳомила тухуми ўрнидан кўчмаган, найча ёрилмаган бўлса шу ҳомилали найча йўғонлашган ва юмшаган бўлади, ҳомила тухуми жойлашган жойи кўпроқ йўғонлашган бўлади (колбасасимон).

Ҳомила тухуми кўчмаган бўлса, биологик, серологик ва иммунологик реакциялар мусбат бўлади. Агар ҳомила

қорин бўшлиғида тараққий қилса у қимирлаганда аёл қаттиқ оғриқ сезади. Ҳомиланинг юрак уришини ҳам эшитиш мумкин (электрокардиография, "Малыш" ва бошқалар ёрдамида) ва лапароскопия, эндоскопия ҳамда ультратовушлар ёрдамида ҳомиладорликка ташхис қўйиш мумкин.

Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликда ҳам бачадон мускулларида ва шиллиқ қаватида нормал ҳомиладорликда бўладиган ўзгаришлар кузатилади. Объектив текширганда бачадон унчалик юмшамаган, бачадондаги децидуал реакция туфайли у катталашган, аммо ҳомиладорлик муддатидан кичик бўлади.

Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликка кўпинча ҳомиладорлик тўхтаганда (найча ёрилганда ёки найчада аборт бўлганда) ташхис қўйиш осон бўлади.

БАЧАДОН НАЙЧАЛАРИДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИК

Бачадон найчаларидаги ҳомиладорлик 5-6 ҳафталикдаёқ тўхтайди. Чунки найчалар шиллиқ қаватида шиллиқ ости қавати бўлмайди, натижада реакция суст кечади, мускул қавати ҳам суст ривожланган. Шунинг учун ҳомила тухуми найчаларда анча чуқурга, ҳатто мускул қаватига, сероз қавати ва ундан ҳам чуқурроққа жойлашиб, ривожланади. Бунда қон томирлар емирилади. Агар ҳомила тухуми найчанинг ампуляр қисмида жойлашган бўлса, найча қисқариши натижасида у кўчиб қон лахталари билан қорин бўшлиғига тушади. Шундай қилиб, ҳомила тухумининг найчани қайси қисмида жойлашганига қараб ҳомиладорликнинг тўхташи 2 турга бўлинади:

а) найчаларнинг ёрилиши (ruptura tubae uterina);

б) найчалар аборти (abortus tuberus). Найчаларнинг ёрилиши клиник жиҳатдан ўзига хос кечади, аёл қорни пастида бирданига кучли оғриқ сезади, қони камайиб кетади, боши айланиб ҳушидан кетиб, томир уриши тезлашади. Қон қорин бўшлиғига қиннинг орқа гумбази соҳасига (Дуглас чўнтагига), ҳатто қорин бўшлиғига йиғила боради.

Агар ҳомила найчаларни бачадон қисмида жойлашган бўлса, у IV-V ҳафталикгача ўсиши мумкин ва ниҳоят шу

қисм ёрилади, бунда аёл кўп қон йўқотади. Бу бачадон ёрилишини эслатади. Бачадон найчалари ёрилганда қон лахталари дастлаб найчанинг сероз пардаси остига тўпланиши мумкин, бунда клиник кечиши оғир бўлмаслиги ҳам мумкин.

Қон қорин бўшлиғига тушиб бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликнинг бузилганига кўп вақт бўлган бўлса (эски бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик), унда қорин ва чаноқ бўшлиғида бошқа аъзолар билан чандиқлар ҳосил қилиши кузатилади, шунинг учун буни операция қилганда катта қийинчиликлар туғилади. Баъзи муаллифлар бу хилдаги бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликдаги операцияни бачадон бўйни ракининг операцияси (Wertheem операцияси) дан ҳам оғир деб ҳисоблайдилар. Баъзи ҳолларда хорионэпителиома вужудга келишини ҳам кузатиш мумкин.

Найчалар ички қаватидан ёрилганда ҳомила тухуми найча ичида қолиб, атрофи қон лахталарига тўлади, буни гўштли занос Fmolacorno дейилади, агар гематома найча атрофини қон лахталари билан ўраган бўлса, haematoma pertubaria дейилади.

Найчалардаги ҳомила тухуми турли муддатларда сурилиб қорин бўшлиғига туғилиши (баъзан бу 1-2 ҳафта мобайнида содир бўлиши) мумкин. Бачадон найчалари тескари томонга қисқарганда (антиперистальтика) бемор дард тутган каби оғриқ сезади. Кўпинча бунда қориннинг пастки қисмининг бир томони оғрийди. Найча абортида қон найчалар йиртилгандагига нисбатан камроқ кетади, бунда аёл бўшашиб, боши айланади, томир уриши тезлашади. Кўп қон кетиши натижасида шок ҳолати кузатилади. Баъзан аёл ўлиши ҳам мумкин.

ҚОРИН БЎШЛИҒИДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИК

Ҳомиладорликнинг бу тури В.И.Бодяжина ва бошқаларнинг фикрича, ўрта ҳисобда 0,3-0,4% гача учрайди. Бу хилдаги ҳомиладорлик бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин.

Қорин бўшлиғидаги бирламчи ҳомиладорлик аёл тухуми сперматозоид билан қўшилгандан кейин қорин

бўшлиғига (қорин парда, чарви, ичаклар, жигар, қора талоқ, ошқозон ва бошқалар ёнига) жойлашади. Бундай ҳолларда найчаларда, тухумдонда, бачадоннинг кенг бойламида деярли ўзгаришлар кузатилмайди.

Қорин бўшлиғидаги иккиламчи ҳомиладорликда кўпинча найчалардаги ҳомила туғилиб, қорин бўшлиғига тушган бўлади. Бунда йўлдош бачадоннинг кенг бойлами, ҳомила тухуми турган жойда чарвини бир қисмига, ичакларо жойлашган бўлиши мумкин. Клиникада жигарнинг пастки қисмига жойлашгани ҳам кузатилган.

Ҳомиладорликнинг бу хилида ҳам ҳомила ўсган сари ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида унинг аниқ белгилари намоён бўлаверади. Ҳомила қимирлаб, юрак уриши эшитилади, аммо ҳомила ҳар қимирлаганида аёл кучли оғриқ сезади. Ҳомиланинг майда қисмларини қорин девори остидан пайпасланади. Аммо баъзан пайпаслаб аниқлаш қийин бўлади.

Қорин катталашади, лекин бачадондаги ҳомиладорлик каби аниқ шаклда бўлмай, ҳажми ҳомиладорлик муддатига тўғри келмайди. Бундай ҳомиладорлик оқибати яхши тугамайди. Ҳомиладорлик муддатидан қатъий назар ҳомила ўрнашган жой ёрилиб, қон кўп кетиши натижасида аёл хаёти хавф остида қолади. Одатда ҳомила нобуд бўлади. Агар ҳомиладорлик муддатига етса, унда дард бошланиши билан ҳомила ўрни йиртилиб, қорин бўшлиғига қон кетиши натижасида аёл ўлади. Камдан-кам ҳолларда ҳомиладорликнинг эрта муддатида қон кам кетиб, клиникаси унча аниқ бўлмай, операция қилинмайди. Бора-бора ҳомила мумиёга айланиб ёки оҳакланиб қолади (lithopochion). Бунга сабаб ҳомила танасидаги сув шимилиб, тузлар ўтириб қолади. Баъзан инфекция тушиши натижасида оғир ҳолат вужудга келади. Бунда қорин пардасининг маҳаллий ёки тарқалган яллиғланиш жараёни вужудга келади.

ТУХУМДОНДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИК

Ҳомиладорлик фолликул ичида тараққий қилади. Бу жуда кам (0,1-0,15%) ҳолларда учрайди. Бунда сперматозоид овуляцияда ёрилган фолликул ичига кириб олиб,

тухум ҳужайра билан қўшилади ёки фолликул ёнида қўшилиб ривожланади. Клиник белгилар бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликга хос бўлади.

Одатда тухумдондаги ҳомиладорлик эрта муддатларда тўхтайди. Бунда оғир қон кетиш ҳолати кузатилади.

БАЧАДОННИНГ ҚЎШИМЧА ШОХИДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИК

Бачадоннинг қўшимча шохидаги ҳомиладорлик жуда оғир асорат беради. Одатда бачадоннинг қўшимча шохи асосан бачадонга, унинг бўйнини ички тешиги соҳасига бириккан бўлади. Қўшимча шохида бўйин тешиги бўлмаслиги мумкин. Шунинг учун у берк бўлади, қин билан туташмайди. Овуляция натижасида ажралган тухум ҳужайра қўшимча шохдаги найча томонга, сперматозоид ҳам шу томонга йўналиб, бир-бирлари билан қўшилади.

Қўшимча шохдаги ҳомиладорлик бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик каби кечади. Бунда унинг шиллиқ қаватида децидуал метаморфоза, гиперплазия ва гипертрофия кузатилади. Ҳомиладорлик бўлмаган асосий бачадонда ҳам худди шундай ўзгариш кузатилади. Одатда ҳомиладорлик 3-4 ойларда (найчалардаги ҳомиладорликка нисбатан кечроқ) тўхтайди.

Бунда ҳомила ўрнашган жойдан ташқарига ёрилиб, кўп қон кетади. Камдан-кам ҳолларда ҳомиладорлик охиригача давом этади. Бунда одатда кўп қон кетиб (бачадон ёрилиши клиникасини эслатади) аёл ҳаёти учун жуда хатарлидир. Баъзи ҳолларда йўлдош ўрнидан кўчгани учун ташхиси қўйилмай, операция қилинмай қолади, ҳомила нобуд бўлади ва мўмиёга айланади ёки тузлар йиғилиб тошга айланади.

ТАШХИС ҚЎЙИШ

Ҳомиладорликда бачадоннинг қўшимча шохида бўладиган клиник белгилардан асосан ҳайз кўриш тўхтайди, дастлаб оғриқ бўлмайди. Қин орқали текширганда асосий бачадон ёнида кенг оёқли тана (қўшимча бачадон шохи) ва думалоқ боғлам ҳомила бўлган шохидан ташқарида бўлади. Бачадан шохи қўзғалувчан бўлади. Диффе-

ренциал ташхис тухумдон кистаси билан олиб борилиб, у таранг, эластик қаттиқликда бўлиши ҳисобга олинади. Бачадон шохи ҳафта сайин ўса боради. Киста ва кистомалар бу тезликда ўсмайди. Бундан ташқари, бачадон сероз қаватига жойлашган миомага ҳам ўхшаб кетади. Аммо бу тез ўсмайди ва анча қаттиқ бўлади. Ташхис қўйишда синчиклаб йиғилган анамнез ёрдам беради.

Найчалар ёки найчаларнинг бачадон девори ичидаги ҳомиладорлик бузилганда жараён ўткир кечади. Бемор қорин пастида оғриқ (кўпинча бир томонда) сезади, боши айланади, ҳушидан кетади, оғриқдан чаноқ остига (тўғри ичак сатҳига) бир нарса тиқилганга ўхшайди, бу ҳолат орқа дуглас чўнтагига қон қуйилиши натижасида вужудга келади. Найчалар абортида оғриқ тутиб-тутиб бўлади. Дуглас чўнтагига қон йиғилиб, кўпая бориши натижасида оғриқ қорин бўшлиғига тарқалади. Аёлда камқонлик вужудга келади. Унинг тери ва шиллиқ пардалари оқариб, тана ҳарорати пасаяди, томир уриши тезлашади. Бемор ҳушидан кетиб, вақти-вақти билан бир оз ўзига келиши ва берилган саволларга жавоб қайтариши мумкин. Сут бези катталашиб, оғиз сути чиқади.

Шчеткин-Блюмберг белгилари унча аниқ бўлмайди. Қорин девори таранглашади, бу айниқса гипо ва мезогастрал соҳаларда кузатилади, аммо нафас олишда иштирок этиши мумкин. Агар қон қорин бўшлиғига қуйилган бўлса, қоринни перкуссия қилганда унинг пастки қисмида, биқин соҳасида (кўпинча бир томонлама) бўғиқ овоз эшитилади. Агар бемор бошқа ёнига ётқизилса, қорин бўшлиғидаги қон шу томонга ўтгани учун перкуссияда бўғиқ овоз шу жойдан эшитилади. Ташқи жинсий аъзолар ҳолати деярли ўзгармайди. Фақат қиндан бир оз қора қон ажралади. Қин кўзгулари ёрдамида қин ва бачадон бўйни кўздан кечирилганда шиллиқ парданинг кўкимтирлиги, бачадон бўйнидан қора қон ва шиллиқ тўқима парчалари ажралишини кўриш мумкин. Орқа гумбаздан игна ёрдамида олинган қон микроскоп ёрдамида кўрилганда-эритроцитлар гўё тут донасига ўхшаб буришиб қолган бўлади. Олинган қон ивимайди. Бармоқлар ёрдамида кўрилганда бачадон бирмунча катталашган бўлади (ҳомиладорлик муддатига тўғри келмайди). Қиннинг орқа гум-

бази осилиб ёки текисланиб қолади. Бачадон бўйнини қимирлатганда бемор оғриқ сезади, қин гумбази қон билан тўлгани учун орқа гумбаз соҳасига ботирилган бармоқ устидан, гўё қалпоқ каби, осилиб тушади, буни "қалпоқча" белгиси дейилади. Бачадон соҳасида бир томон (ҳомила йўқ томон) осонгина, оғриқсиз пайпасланади. Аммо ҳомила бор томони қорин пардаси таранглашгани учун оғриқли бўлади. Агар ҳали найча ёрилмаган бўлса, колбаса шаклидаги шишни аниқлаш мумкин, аммо бу шаклни аниқлаш анча мушкул бўлади, чунки шиш чаноқ соҳасидан юқорига кўтарилмайди, шунинг учун қўлга илинтириш қийин бўлади. Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик тўхтагач бачадон ичидаги децидуал парда гўё қўлқоп шаклида қон билан биргаликда кўчиб тушиши мумкин. Агар буни сувга солинса уч бурчак шаклда (3 та тешикли — 2 таси найчалар тешиги, биттаси бўйин тешиги) бутун тўқима кўрилади.

Аёлнинг қон таркиби текширилганда (агар ҳомиладорлик тўхтаган заҳоти текширилса) эритроцитлар билан гемоглобин бир хилда камаяди, қоннинг ранг кўрсаткичи дастлаб унча ўзгармайди ва анемия нормохромия типида бўлади. Бунга сабаб аёл кўп қон йўқотганидир, майда қон томирларни (капиллярлар) рефлектор қисқариши натижасида улардаги қон йирикроқ қон томирларга тушади, шунинг учун қондаги ўзгариш юқорида қайд қилингани каби кечади. Қон кетиш давом этиши натижасида нормахром анемия гипохром анемияга ўтади. Бунга сабаб суяк илигида эритроцитлар йўқотилган гемоглобинга нисбатан тезроқ ажралади.

Ҳомиладорлик тўхташи (ҳомила ўрни йиртилиши) нинг биринчи соатидаёқ қисқа муддатли лейкопения ва тромбоцитопения кузатилади. Кейинроқ (3-кунларида) эритроцитлар ва лейкоцитларнинг ёш шакллари пайдо бўлади. Агар қон кўп йўқотилса, СОЭ ошади.

Бачадон қўшимча шохидаги ҳомиладорликни тўхтатиш ўткир пельвиоперитонит, тухумдон кистасининг буралиб қолиши, меъда ярасининг тешилиши, ўткир аппендицит, жигар ва қора талоқнинг жароҳатланиши, тухумдон апоплексияси, найчалардаги хорионэпителиома каби касалликларга дифференциал ташхис қўйишда анамнез

ва объектив текшириш яхши ёрдам беради. Бачадондаги ҳомиладорлик абортида асосан бачадон ўлчамининг ҳомиладорлик муддатига тўғри келиш-келмаслиги аниқланади. Баъзан ҳомила бўлмаган асосий бачадоннинг децидуал қавати гўё қўлқопга ўхшаб ажралиб тушади (юқорида айтиб ўтдик).

Ўткир пельвиоперитонитда камқонлик кузатилмайди, тана ҳарорати баланд, тил қуруқ бўлади, артериал босим пасаймайди, пульс тана ҳароратига кўра кўтарилади. Қорин девори нафас олишда иштирок этмайди. Шчеткин-Блюмберг белгилари мусбат бўлади.

Тухумдон ўсмаларининг буралиб қолишида камқонлик кузатилмайди. Бунда асосий белги оғриқ бўлади. Пайпаслаб кўрганда бачадондан ташқарида ўсма аниқланади.

Ўткир аппендицитда оғриқ чаноқ соҳасидан юқорида, ўнг ёнбош соҳасида бўлади. Қон кетмайди, беморни кўнгли айнаб, қусиши ҳам мумкин. Шу соҳада Шчеткин-Блюмберг ва Ровзинг белгилари мусбат бўлади.

Меъда яраси тешилганда бемор анамнезида илгари ошқозонида касаллик (гастрит, яра) бўлгани, оғриқ эпигастрал соҳада эканлигидан арз қилади. Бунда беморда камқонликдан кўра шок реакцияси кучлироқ бўлади.

Жигар ва қораталоқ жароҳатлари анамнез ёрдамида аниқланади. Тухумдон апоплексиясида ҳам қон кетади, бунда ташхис қўйишда баъзан хатога йўл қўйиш мумкин. Тўғри ташхис қўйишда анамнез анча ёрдам беради. Бу жинсий алоқада бўлмаган аёлларда учраши мумкин.

Хореонэпителиомада ҳам (агар у бачадон найчаларида жойлашган бўлса) клиник кечиши найчалар ҳомиладорлигига ўхшаб кетади. Буни гистологик текшириш йўли билан аниқланади. Бачадон шиллиқ пардасидаги децедуал реакция фақат ҳомиладорликда эмас балки сариқ тана кистага айланганда ҳам вужудга келади.

Жуда камдан-кам ҳолларда ҳомиладорлик бачадонда ҳам, найчаларда ҳам бўлганда бачадондан ажралган чиқиндида хорион киприкчаларини учратиш мумкин.

Тухумдон ёрилганда ҳам қинни орқа гумбазидан қон олиб текширилади. Шуни унутмаслик керакки, агар ҳомила жойлашган найча ёрилмаган ёки найчаларнинг сероз

қаватида қон қуйқалари бўлса, орқа гумбаздан қон чиқмаслиги мумкин, чунки у соҳага ҳали қон қуйилмаган бўлади. Шунинг учун бу йўл билан ташхис қўйиш қийин бўлади. Бундай пайтда кульдоскопия ёки лапароскопия ультратовушдан фойдаланиш мумкин.

БАЧАДОН БЎЙНИДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИК

Бачадон бўйнидаги ҳомиладорликни турли муаллифлар турлича талқин қиладилар. Ҳомила бачадон бўйнининг ўзида ёки бўйин олди билан биргаликда жойлашади. Бачадон бўйнида кўпроқ учрайди.

Маълумки ҳомиланинг бачадон бўйнида жойлашиб ривожланиши учун шароит йўқ, унинг шиллиқ қавати бачадонникига нисбатан юпқа, шунинг учун хорион тукчалари бачадон бўйни мускуллари орасида ва баъзан сероз қаватига ўтиб кетади.

Абортдан ёки туғруқдан кейин бачадон шиллиқ қавати яллиғланса, деструктив ўзгаришларга учрайди ва чандиқли бўлиб қолади. Ҳомила тухумига бачадонда қулай шароит бўлмагани учун у пастга тушиб, бачадон бўйни ва унинг олдига жойлашади.

Бу ҳолат камдан-кам учрайди, агар ўз вақтида аниқланмаса, аёл ўлади. Аёлдан ҳомиладорликнинг эрта муддатида биринчи ярмида, баъзан камдан-кам ҳолларда иккинчи ярми бошларида қон кетади. Қон кетишига бачадон бўйнининг ҳомила тухуми туфайли кенгайиб юпқалашиб кетиши ва унинг бағрига жойлашган хорион киприкчалари ва улар ўрнашган ернинг ёрилиши сабаб бўлади. Ҳомила бачадон бўйнида жойлашганда аёлда ҳомиладорлик белгилари пайдо бўлади (бошқоронғилик, сут безлари тўлиши ва ҳоказо). Дастлаб аёл ҳомила бачадон бўйнида ўсаётганини сезмаслиги мумкин.

Ҳомила тухуми бачадон бўйнининг қайси томонида *жойлашган бўлса, шу томон катталашади, ассиметрик ҳолатни олади,* баъзан *бачадон бўйни тухум шаклига ўхшаб* қолади. Қин кўзгулари ёрдамида кўрилганда бачадон бўйнининг ҳомила тухуми ёпишган томони кўкимтир ва дўппайиб чиққан, ташқи тешиги қаттиқ бўлади (юмшамаган).

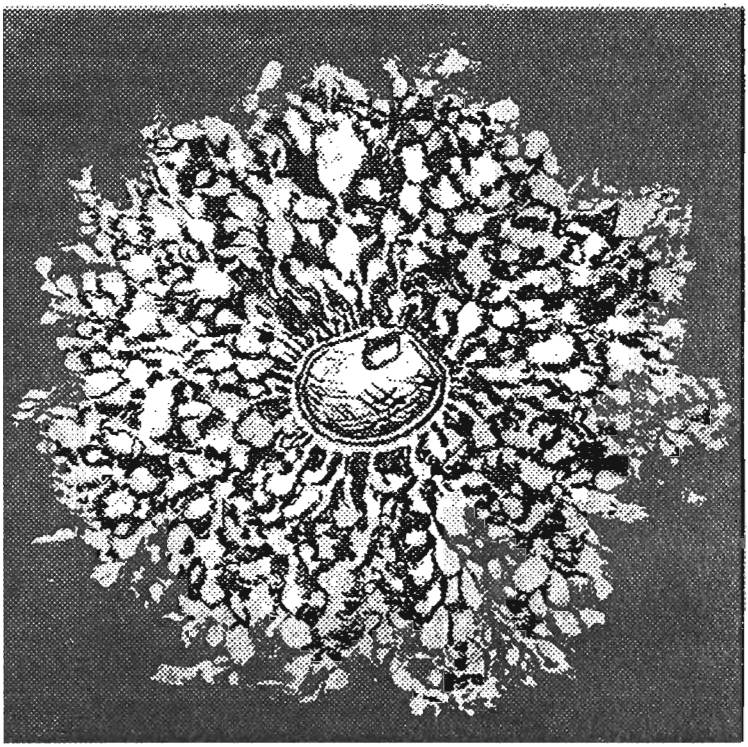
Бачадон бўйни танасидан анча катта бўлади, қин орқали кўриш жуда эҳтиётқорликни талаб қилади, акс ҳолда оғир қон кетиши мумкин. Бачадон бўйнидаги ҳомиладорликни рак билан, айниқса унинг эндофит тури (бачадон бўйин девори қалинлигида ўсган рак (миома, хорион-эпителиома) билан адаштириш мумкин. Аммо бу ҳар икки патологик ҳолатда ҳомиладорлик белгилари бўлмайди. Бачадон бўйнидаги ҳомиладорлик бошланган абортга ўхшайди. Аммо абортда ҳомила тўқимаси бачадон бўйин каналида, бўйиндаги ҳомила эса унинг бағрида жойлашиши билан фарқ қилади. Агар қон кетиш ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида бошланса (деярли бачадон бўйнида ҳомила иккинчи ярмигача ўсмайди) у пастда жойлашган йўлдошга ўхшайди. Бунда бачадон бўйнининг шакли ўзгармаган бўлади. Бунда аёл илгари ҳомиладор бўлмаган ёки ҳомиладор бўлган, аммо фарзанди йўқ, бу қайта ҳомиладорликми, уни ёшидан қатъи назар буларга қарамай бачадонни олиб ташлашга тўғри келади.

XXVIII БОБ

ЕЛБЎҒОЗ (MOLA HYDOTIDOSA)

Елбўғоз ҳомила тухуми касаллиги бўлиб, бунда хорион ворсинкаларнинг тузилиши ўзгаради. Касалликдан олдин нозик, бир хил йўғонликда бўлган ворсинкалар елбўғоз касаллиги бошланиши билан боғичсимон пояга айланади. Бу поялар худди узум шингили сингари жойлашган ва тиниқ суюқлик билан тўлган пуфакчалар билан ўралади (102-расм).

Ворсинкалар сифатининг бузилишига (ўзгариб қолишига) сабаб, унинг стромаси студенли (лиқилдоқ) массага айланади ва ворсинка эпителийлари ўсиб қалинлашади. Эпителиялар ўсиб, қалинлашуви натижасида ўзгарган хорион ворсинкалари баъзан децидуал пардадан бачадон мускул қаватигача, ҳатто бачадон деворларини бузиб қорин бўшлиғигача киради. Елбўғознинг бундай шакли кам учрайди ва бузувчи елбўғоз (деструктив тури) деб аталади. Елбўғоз кўпроқ қайта ҳомиладорликда кузатилади.



102-расм. Елбўғоз. Ўртада ҳомила бўшлиғининг қолдиғи.

Елбўғознинг тараққий қилишида, аввал ворсинкалар сифати ўзгаради, агар елбўғоз ҳомиладорликнинг сўнгги даврларида бошланса, йўлдош зарарланади.

Агар йўлдошнинг бир қисми (учдан бир қисмидан камроғи) елбўғоз билан зарарланган бўлса, ҳомила ўз тараққиётини давом эттириши мумкин. Елбўғоз бўлган йўлдошнинг функцияси одатда бузилади ва у ҳомилани овқат билан таъминламай қўяди, натижада ҳомила нобуд бўлади. Агар ўз вақтида ташхис қўйилмаса ҳомила чирийди ёки она организмига шимилади.

Елбўғозда тухумдонлар майда кисталардан иборат бўлиб қолади. Уларнинг ҳар иккаласида ҳам сариқ тана ҳосил бўлади. Кейинчалик сариқ тана катталашади. Унинг катталиги баъзан ҳомила бошидек бўлиши мумкин. Бе-

мор соғайгандан кейин (елбўғозни олиб ташлагандан кейин) бу кисталар орқага тараққий қилиб йўқолади. Елбўғознинг ҳосил бўлиш сабаби ҳозиргача аниқланган эмас.

КЛИНИК КЕЧИШИ

Елбўғоз касаллиги бир қанча белгилар билан характерланади. Улардан энг асосийлари қуйидагилардир, елбўғозда ҳомиладорликнинг дастлабки ойларидаёқ бирор сабабсиз бачадондан қон кетади (елбўғоз ўрнидан кўча бошлайди) ва бу қон кетиш елбўғоз туғилгунча давом этади. Бунда қон кетишнинг кўп-озлиги турлича бўлади. Баъзан қон вақтинча тўхтайди, кетаётган қон суюқ, қорамтир рангда бўлади. Баъзан қон билан бирга алоҳида елбўғоз пуфакчалари ҳам чиқади. Бачадоннинг ҳажми ҳомиладорлик муддатига тўғри келмайди, чунки елбўғоз тез ўсадиган бўлади, бачадоннинг баъзи ери юмшоқ, баъзиси эса қаттиқ бўлади, пайпаслаб кўрганда ҳомила қисмларини топиб бўлмайди. Ҳомиланинг юрак уриши эшитилмайди, қимирлаши сезилмайди. Баъзан елбўғоз албуминурия касаллигида токсикоз авж олади, оёқ-қўлларда шиш пайдо бўлади. Елбўғозни аниқлаш у қадар қийин бўлмайди.

Юқорида кўрсатилган асосий белгилар елбўғозга янглишмасдан ташхис қўйишга имкон беради. Булардан ташқари, касалликни тасдиқлашда биологик реакциялар (Ашгейм-Цондек ва бошқа) ҳам яхши ёрдам беради, аёл елбўғоз билан касалланган бўлса, унинг организмида гонадатроп гормонлар жуда кўпаяди, шунинг учун биологик реакциялар суюлтирилган (1:200) сийдикда ҳам мусбат бўлади. Бу хил реакцияларни ҳомиладорликка ташхис қўйиш бобида айтиб ўтганмиз.

Даволаш. Елбўғоз она учун ҳам ҳомила учун ҳам хавфлидир. Елбўғознинг деструктив турида, у бачадон деворидан ва ҳатто сероз пардадан ўтиб қорин бўшлиғига ўтиши мумкин, бундай вақтда кўп қон кетиши ва елбўғознинг тез тараққий қилишидан ташқари ёмон сифатли ўсма хорионэпителиома билан тугаши ҳам мумкин. Шунинг учун елбўғоз билан касалланган аёлга стационар шароитида тезда ёрдам кўрсатиш зарур. Баъзан бачадоннинг қисқариши яхши бўлган ҳолларда елбўғоз ўзи мустақил туғилиши ҳам

мумкин. Бинобарин елбўғознинг бачадондан тезроқ кўчиб туғилишини таъминлаш учун бачадон мускулларининг қисқаришини оширувчи воситалардан (питуитрин, окситоцин, мамофизин ва бошқалар) фойдаланиш зарур.

Маълумки, кўп қон кетиши аёлнинг ҳаёти учун жуда ҳавфлидир. Шунинг учун қон кетишини тўхтатиб, елбўғозни тезда олиб ташлашга киришилади. Бунинг учун бачадон бўйни етарлича очиқ бўлган вақтда, бачадон ичига бармоқларни суқиб, елбўғоз олинади. Бунда олдин бачадоннинг қисқаришини тезлатиш учун аёлга 1 мл питуитрин, ёки окситоциндан инъекция қилинади. Елбўғозни олиш учун бачадон бўйнини қанча очилганини аниқлаб агар бармоқлар сиғадиган даражада бўлса унда қўл ёки бармоқлар билан бачадон ичига кириб, аста гўё аррагалаган каби елбўғозни бачадон деворидан ажратилади, шу жараёнда ташқаридаги қўл билан бачадон деворини босиб ушлаб турилади. Елбўғоз бачадондан ажралгандан кейин у бачадон ичидаги қўл бўйлаб ташқарига чиқади. Шуни унутмаслик керакки агар елбўғознинг деструктив тури бўлса зўрлаб бачадондан кўчириш асло ярамайди, акс ҳолда бачадонни тешиб қўйиш мумкин. Бундай ҳолларда бачадонни ампутация ёки экстирпация қилишга тўғри келади. Агар бачадон бўйин канали берк бўлса уни Гегар кенгайтирувчиси ёрдамида кенгайтирилади, сўнгра бармоқлар ёрдамида олиб ташланади.

Бачадон ичига бирор асбобни киритиш жуда хавфлидир, чунки елбўғоз натижасида бачадон деворлари юпқалашган бўлади, бинобарин, бачадонга киритилган асбоб билан бачадон деворини тешиб қўйиш мумкин.

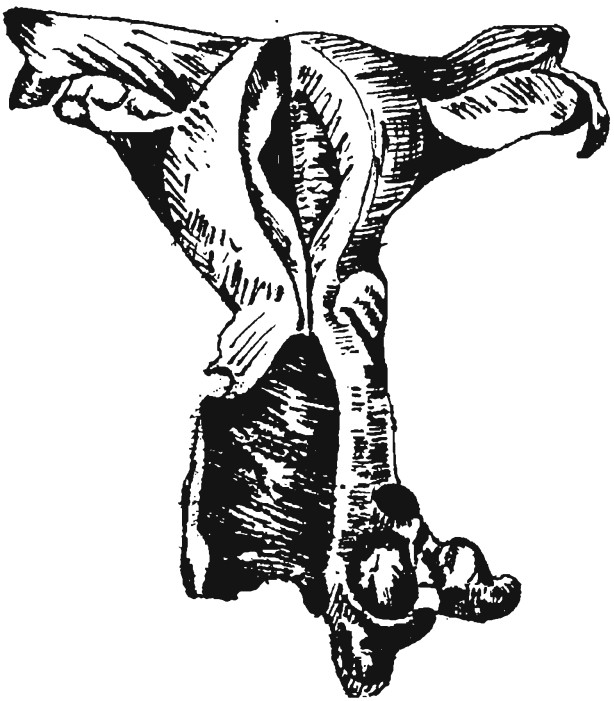
Агар бирор сабаб билан елбўғозни бармоқлар ёрдамида бутунлай олиб чиқишни иложи бўлмаса, бачадон бўшлиғида айрим пуфакчалар қолгани учун қон кетиш давом этаверса ва бачадоннинг қисқариши суст бўлса, бачадон ичини катта кюректа ёрдамида жуда эҳтиёткорлик билан қириб олиш ва қириб олинган массани гистологик текширишга бериш керак. Бунда ҳам елбўғозни деструктив тури бўлиши мумкинлигини унутмаслик керак.

Фақат оғир ҳолатни кўрсатувчи белгилар топилмагандагина беморга стационардан уйга кетишига рухсат берилади.

Елбўғоз билан оғриб тузалган аёл 2-3 йил давомида мунтазам равишда клиник ва биологик текширувдан ўтиб туриши керак. Чунки бу даврда ўсма (хорионэпителиома) пайдо бўлиши мумкин.

ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА

Елбўғоз билан оғриган аёлларнинг 15% да хорион ворсинкалар эпителий (елбўғоз шуларидан шаклланади) ҳужайралари — синцитий, ланганс ҳужайраларидан ўзўзидан ўсади ва ёмон ўсмага айланади. Бу ўсма ўзига тутташган аъзо, тўқима ва томирларни емира олади, қон томир орқали қон билан бирга узоқдаги аъзоларга (ўпка, жигар, мия ва ҳоказо) тарқалади (метастаз). Хорионэпителиома энг ёмон сифатли ўсмалардан бўлиб, жуда барвақт метастаз беради (103-расм). Баъзан нормал ҳомила-



103-расм. Бачадондаги хорион эпителиома қинга тарқалган.

дорликдан кейин чунончи ҳомила барвақт туғилганда, эрта абортдан кейин хорионэпителиома вужудга келиши мумкин. Адабиётларда ёзилишича баъзи муаллифлар ҳомиладор бўлмаган аёлларда ҳам кузатганлар, буни туғма нуқсон деб ҳисоблаганлар.

Елбўғоздан кейин хорионэпителиоманинг вужудга келиш эҳтимоли бўлганида у туғилгандан кейин аёл бир неча ой давомида врач назоратида бўлиб, ҳар гал у врач кўригига келганда биологик реакция ёрдамида (Ашгейм-Цондека, Майнини) текширилиб туриши шарт, чунки хорионэпителиома ҳомила ҳужайраларидан вужудга келгани учун ҳомиладорликдаги каби реакция ижобий бўлади. Агар реакция ижобий бўлиб (бунда ҳам реакция суюлтирилган сийдикда олиб борилади), хорионэпителиома аниқланса, аёлни албатта операция қилиш керак. Операция онкология бўлимда онкологлар томонидан бажарилади.

XXIX БОБ

ҲОМИЛА ОЛДИ СУВИНИНГ ЭМБОЛИЯСИ

"Ҳомила олди сувининг эмболияси" деб аталишига биринчи маротаба Steiner ва Zushbaugn (1941) лар эътибор берганлар.

Улар бу хилдаги патологияни мустақил патология деб фикр юритганлар. Ҳомила олди сувининг эмболиясини ўрганишдан олдин унинг таркибий қисмини тасаввур қила билиш керак.

Ҳомила олди сувидаги биокимёвий фаол моддалар ва ферментлар хусусан ҳомила тараққиётида ва бачадоннинг ҳомиладорлик ҳамда туғруқ жараёнидаги уларнинг биологик роли ҳозиргача етарли ўрганилмаган.

Ҳомила олди сувида гормонлар, турли-туман ферментлар, медиаторлар, метаболитлар ва бошқа биологик фаол моддалар топилган. Cerasuola Cilento (1959) айтишларича гистамин топилган кечиккан токсикозларда унинг концентрацияси анча юқори бўлган.

Ferrario (1957) ҳомиладорлик нормал кечганда амнион сувида антитоксин ёки стрептококк лизинлар бўлмай, фақат патологик ҳолатда антистрептолизин топилган.

Ҳомиладорликнинг 2-ойдан бошлаб ҳомила олди сувида 0,01-0,05 мл прогестерон топилган, ҳомиладорликни 2-3 ойларида 4,15 мл бўлган Zander, Mustermann (1956) прогестеронни йўлдошдан ўтган деб ҳисоблайдилар.

А.Н.Кунцевичнинг (1946) белгилашича, ҳомила олди сувида пролан А 416 сичқон бирлиги ва эстроген таъсирига эга бўлган гормон 33 сичқон бирлигида бўлиб пролан Б бўлмаган.

Баъзи муаллифлар ҳомила олди сувида 17 кетостероиднинг бўлиши ҳомиланинг жинсига, ҳомиладорлик сонига ва туғруқ жараёнининг ҳолатига боғлиқлигини инкор этадилар.

Hoct ва Osinsku (1954) нормал кечган ҳомиладорликда амнион сувида кортизон ва 17 гидрооксикортикостерон топганлар. Диабет касаллиги билан оғриган бемор ҳомиладорларда ҳам шу гормонлар борлигини аниқлаганлар.

Cuparenci ва бошқалар нормал кечаётган ҳомиладорликнинг ҳомила олди сувида бачадонни қисқариш фаолиятини таъминлайдиган окситоцик ва кардиоваскуляр омиллар, прессор ва депрессор моддалар борлигини амалиётда тасдиқлаганлар. Бир қатор муаллифлар ҳомила олди сувида, пепсин, нордон ва ишқорли фосфатаза, катепсин борлигини аниқлаб нордон фосфатазани сийдик ҳосиласи, ишқорли фосфатаза ичаклардан ўтган деб изоҳлайдилар.

Kubli ва Gallen (1961) ҳомила олди сувида сут ачимининг гидрогеназасини, 33 та ҳомиладорликда глютамин — шавел сирка, нордон тропсаминазани топиб, гидрогеназани, сут ачимини қон зардобидагидан анча юқори бўлганини аниқлаганлар. Уларнинг фикрича ҳомила она қорнида ўлиб қолганида айниқса унинг мацерациясида глютамин шавел сирка нордон трансминазанинг концентрацияси ҳомила олди сувида юқори бўлади. Сассіагі ва бошқалар (1959) амнион суюқлигида альдолаза, глютамин ва нордон трансаминаза, трибутириназа, амилаза ва трипсинни топганлар.

Ҳомила олди сувида лизоцим бўлиб, бу сувнинг бактерияга қаршилик хусусиятини таъминлайди. Агар беморга гепарин юборилса лизоцимнинг фаоллигини йўқотади. Бу

ҳолатни гепариннинг олтингугурт ачими туркуми ўзининг кимёвий хусусияти билан амино туркумидаги лизоцимга кимёвий жиҳатдан ўхшашлиги билан изоҳлайдилар.

Ҳомила сувидаги гиалуронидаза йўлдошдан ажралган деб ҳисоблайдилар (Slunky ва бошқалар). Ҳомила олди сувида витамин С бўлиб, нормал кечган ҳомиладорликда — 0,8 мг% аниқланган (А.А.Коган, 1947).

Ҳомила олди сувида витамин А, каротин, витамин В, фолий ва пантотен ачими топилган. Бир қатор муаллифлар ҳомила олди сувида қонни ивишига таъсир қиладиган модда бор деб талқин қиладилар.

Б.Г.Розенбаум (1958) in vitro тажрибада текширилаётган қонга бир томчи ҳомила олди сувидан томизилганда қоннинг қуюлишини 2 баробар тезлашишини исботлаган.

Ҳайвон мускулига ҳомила олди сувидан юборилса қоннинг қуюлиш хусусияти 1,5 баробар ошади. Муаллиф бу ҳолатни сув таркибида Са борлигидан деб изоҳлайди.

Бир қатор муаллифларнинг фикрича Са нинг максимал концентрацияси ҳомиладорликнинг 6 ойлигида бўлади.

Аммо бошқа бир қатор муаллифлар Са бир ўзи қонни қуйилтириши мумкин эмаслигини айтиб ўтганлар.

Wille (1856) ҳомила олди сувидаги протромбин вақти ҳомиладорлик нормал кечганда 28-47 сек. орасида яъни мия моддасидагига нисбатан 2 маротаба кўп бўлади деб ҳисоблайди.

Муаллиф туғилаётган ҳомила плазмасида ва ҳомила олди сувида қонни ивитувчи фермент таъсирини пасайтирадиган моддани топмаган.

Revelli ҳомила олди сувида тромбопластин билан бир қаторда, қоннинг қуюлишини тезлаштирувчи омил бор деб ҳисоблайди.

Ҳомила олди сувида тромбопластиннинг бўлиши қоннинг қуюлиши ва фибринолизида маълум рол ўйнайди.

Ҳомила олди сувида, йўлдошда фибринолитик субстанция ёки уларни фаоллари нормал шароитда эрта чилла даврида фибринолизга сабаб бўлмайди. Аммо патологик ҳолатда буни кузатиш мумкин. Ҳомила олди сувининг кимёвий таркибини биринчилардан бўлиб 1928 йилда С.П.Виноградов ўрганди.

Н.С.Бакшеев ҳомила олди сувининг хусусияти ва таркибини ҳар томонлама ўрганиб, М.П.Лурье, А.И.Даниленко ва бошқалар фикрини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги маълумотларни беради.

Ҳомила олди суви коллоид эритма бўлиб, кимёвий таркиби жуда мураккаб, унинг хусусияти ҳомила муддатига, она ва ҳомиланинг умумий аҳволига қараб ўзгаради. Уни аниқ ранги йўқ, бир оз ялтироқ, (опалесцирланади) ҳидсиз бўлади, сувни реакцияси суст ишқорли — pH 8,15-6,38 нейтрал ҳолатда 6,96 бўлади.

Унинг физик хусусияти С.П.Виноградова бўйича хусусан солмоқли оғирлиги 1,10008-1,0375 га тенг, чўзилувчанлик унча катта бўлмайди.

Электр токини ўтказиш хусусияти 0,0103-0,0145, коллоидлар миқдори 144 дан 351 мг% (ўртача 255 мг%), CO_2 етилган ҳомиладорликда 57,3 мг. Ҳомила олди сувининг буферлик хусусияти она қонидан кам бўлади. Ҳомила олди сувида бэтта нурланган радиоактив модда бор. Ҳомила олди сувида органик бўлмаган моддалар ҳам мавжуд. Электролитлар асосан диссоциацияланган ҳолатда бўлади. Диссоциация даражаси Б.М.Соловьев бўйича 0,8 га тенг, минерал тузлар 0,71% бўлади.

Ҳомиладорликнинг 2 ойлигидан то 10 ойлигигача турли моддалар қуйидаги миқдорда бўлади:

NaCl —	0,050—0,125%
KCl —	0,010—0,07%
сульфат магний	0,01895—0,03306%
кальцийли нордон туз	0,49—1,56%
темир оксид	0,001—0,29%
фосфор ангидриди	0,00003—0,02198%
сув	94,33—98,86%

Ҳомила олди сувидаги қаттиқ қисм 1,55%, сув 98,45%, ҳомиладорликнинг охирида: натрий — 175,3 мг%, калий 27 мг%, хлор 363 мг%, фосфор — 246 мг%, кальций — 7,35%.

Кўп муаллифларнинг фикрича қоғоноқ парда кўп моддалар учун депо ҳисобланади.

Ҳомила олди сувида оқсилнинг умумий миқдори 210-390 мг% бўлади. Shentasti ҳомила олди сувини қорин девори орқали олиб текширганда бир ойликда оқсил 0,14%

бўлса, 7 ойликда — 0,281%, 8 ойликда 0,292%, 9 ойликда — 0,281% бўлишини кузатган.

Ҳомиладорликнинг 6 ойлигида альбумин 49,44% бўлиб, ҳомиладорлик охирида 21,3% га камаяди. α_1 ва α_2 глобулинлар то ҳомиладорликнинг охиригача ўзгармайди. Ҳомиладорлик муддати ошган сари глобулин 6 ойлигида 34,0,2%, охирида 57% гача бўлган. Муаллиф ҳар томонлама текшириб, онанинг носоғлиги ҳомила олди сувидаги оқсил концентрациясини ўзгаришга сабаб бўла олмайди деган хулосага келди. Унинг фикрича амнион суви унинг пардасини ҳосилидир. Амнион суюқлигида оқсил она ва ҳомиладагига нисбатан 1-2 — 1-40 бўлади.

Онанинг қон зардобидагига нисбатан ҳомила олди сувида амин ачимининг миқдори кўп.

Амин ачимларидан лизин, аргинин, серин, глицин, аланин, пролин ҳамда креатин ва креатинин бор. Ҳомила олди сувида билирубин бўлиб, Rh мос келмаганда, ошган ҳолатда, оқсил ҳам ошади (Wied).

Турли олимларнинг олган маълумотларида глюкоза концентрацияси 40 дан 70 мг/л бўлиб, уни қондаги миқдорига боғлиқлиги кузатилган.

Ҳомила олди сувининг она организмига кириш механизми қуйидагичадир:

1. Қоғоноқнинг ёрилиши, айниқса йўлдош четидаги синус (бўшлиқ) нинг йиртилиши натижасида ҳомила олди суви ворсинкалараро бўшлиққа тушиб, она қон системасига тарқалади.

2. Амнион ичидаги босим онанинг веноз системасидан юқори бўлганда, ҳомила олди суви онага ўтиши мумкин, бунда ҳам ворсинкалараро бўшлиқдан ўтади.

Prystowsky ўн иккита ҳомиладорларда бир вақтда ворсинкалараро ва амнион бўшлиқларидаги босимни ўрганган. Унинг берган маълумотига кўра туғруқ дарди бўлмаганда ворсинкалараро бўшлиқдаги босим 9,8 мм симоб устинига, амнион бўшлиғида эса 7,4 мм симоб устинига тенг бўлган. У туғруқ дарди бошланиб, тўлғоқ вақтида ворсинкалар орасидаги босим 38,2 мм симоб устинига тенг бўлиб, амнион бўшлиғида 18,7 мм симоб устинига тенг бўлишини кузатган. Шу мувозанат туғруқ жараёнида бачадоннинг қисқаришида сақланади. Бу ҳолат ҳомила олди сувини онага ўтмаслигини таъминлайди.

Хендрикс ва бошқаларнинг олган маълумотларига кўра тинчликда ворсинкалар оралиғидаги босим билан амнион бўшлиғидаги босим бир хил бўлиб бачадон қисқарганда амнион бўшлиғидаги босим ворсинкалараро бўшлиқдагига нисбатан тезроқ кўтарилади. Бунда бир-биридан фарқи 2,6 мм симоб устинига тенг бўлади. Агар туғруқ дарди кучли бўлса бу фарқ янада кўпроқ бўлади.

Агар аёлда турғун гипотония бўлса ҳомила олди сувининг онага ўтиши янада осон бўлади. Ҳомила олди сувининг ворсинкалараро бўшлиққа ўтиши учун қоғоноқ парда бачадон бўйнининг анча юқорисидан йиртилиши керак. Бунда агар ҳомила боши бачадон бўйни ва чаноқ киришига суқилмаган бўлса амнион бўшлиғида босим камайиб кетиши натижасида сув онага ўтмайди.

Агар бош суқилган ҳолатда, аммо бачадон бўйни тўла очилмаган бўлиб, туғруқ дарди кучли бўлса, бунда қоғоноқ парданинг бир чети юқорига кўтарилиши натижасида ҳомила олди суви ворсинкалараро бўшлиққа тушиши мумкин. Бу ҳолатни қоғоноқ парда ёрилиб олдинги сув кетиб бўлгандан кейин кузатиш мумкин. Ҳомила олди суви она қонига кўпроқ бачадон бўйни томирлари орқали ўтади.

Маълумки, бачадон бўйни ҳомиладорликнинг охирида ковакли танадан ташкил топгани учун унда кўп миқдорда шохланган ва кенгайган томирлар мавжуд. Кучли дардда қоғоноқ ёрилиб, ҳомила боши туғруқ йўлининг юмшоқ тўқимасидан ўтишида уни жароҳатлайди, натижада шу очилиб қолган томирлар орқали амнион суви она қонига тушади.

Бундан ташқари туғруқ жараёнида йиртилган қоғоноқ парда пастки сегменти кенгайган сари юқорига кўтарила бориб, она қорнига сувни ўтишига сабаб бўлади. Бачадон бўйин томирлари орқали она қонига кўп миқдорда сув тушиши мумкин.

Демак, ҳомила олди суви йўлдош (йўлдош тўқимаси бутун бўлмаса) ёки ворсинкалараро бўшлиқ орқали (йўлдошни барвақт ўрнидан кўчиши, унинг олдин келиши ва бошқалар), бачадон қон томирларини бирор қисмидан кесарча кесишда, бачадон йиртилганда, бачадонда миоматоз тугунлар бўлганда ўтади. Ҳомила олди суви эмболиясида қон кетиши, баъзи ҳолларда кам миқдорда

бўлади, бунда она қонига ўтган сув билинарли реакция бермаслиги мумкин. Аммо умуман аёл организмига тушган биологик фаол суюқ муҳит турли патологик ҳолатларни вужудга келишига сабаб бўлади.

Булардан бири қон кетиши бўлиб, она қонига тушган ҳомила олди сувидаги моддалар маълум вақт давомида ўз таъсирини кўрсатади. Натижада қон қуйилиш системасининг фаолияти қисман ёки бутунлай бузилади.

Маълумки, қоннинг қуйилиш жараёни 3 асосий босқичдан иборат, 1) фибриногенни фибринга айланиши унинг қон томирларнинг ички сатҳига жойлашиши; 2) фибринолиз (фибриногенолиз); 3) тез авжланувчи тромбоцитопения. Бу тромбоцитларни агглютинацияси ва қон капиллярларида тўпланиши натижасида вужудга келади.

Қоғоноқ суви она қон томирига кирган хамон қон кетиш белгиси сезилмайди. Бунинг учун қоғоноқ сувидаги компонентлар қоннинг ивишига таъсир қилиши натижасида тромблар ҳосил бўлади ва тез орада организмнинг ўз-ўзини ҳимоя қилиш хусусияти издан чиқади ва қон кета бошлайди.

Ҳомила олди сувининг она қон системасига тушиши натижасида қон кетиши, бачадоннинг ҳолатига хусусан тоник ҳолатига боғлиқ эмас, хатто баъзан бачадон яхши қисқарган бўлишига қарамай қон кўп кетиб, аёл ҳалок бўлиши мумкин.

Она қонига қоғоноқ суви озроқ тушса ҳам кўп ҳолатларда оғир гипоксия ҳолати кузатилади. Қон кетиш оқибатида гипоксия зўраяди ва ҳаётий зарур аъзоларда аслига қайтмайдиган ҳолат вужудга келади. Бундай ҳолатни муаллифлар юрак мускулининг органик ўзгариши натижасида вужудга келган юрак фалажи деб изоҳлайдилар. Аммо паталогоанатомик текширишлар буни тасдиқламайди.

ҚОҒОНОҚ СУВИ ЭМБОЛИЯСИНИ ДАВОЛАШ ВА УНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

Биз юқорида айтиб ўтганимиздек қоғоноқ суви эмболиясига қуйидагилар сабаб бўлади:

1) туғруқ дардининг кучли бўлиши;

2) бачадон бўйни ва танасини қисқаришининг бузилиши (яъни ҳар икки қисмининг баробар қисқариши);

3) бачадон бўйнининг чўзилувчан эмаслиги ва ундаги чандиқлар уни очилишини қийинлаштиради;

4) йўлдошни вақтдан илгари кўчиши;

5) йўлдошни олдин келиши;

6) ҳомилани тушириш мақсадида ҳомила пардаси ташқарисига ревонол юбориш (бу усулдан асло фойдаланиш мумкин эмас бу гемолитик сариққа, буйракнинг зарарланишига) буйракни ўткир етишмаслигига сабаб бўлади.

Даволаш омилларини юқорида келтирилган сабабларни ҳисобга олган ҳолда олиб бориш керак.

Туғруқ дарди жуда кучли ёки аномал ҳолатда бўлса, даволашда дардни сусайтириш, аномалияни нормаллаштиришга эришиш керак.

Туғруқ дардини сусайтириш учун аминазин, ГОМКдан, апрофен, промедол, лидазадан инъекция қилиш керак, бунда туғаётган аёлни тинчлантириб, туғруқ дардини бирмунча кучсизлантиришга эришилади. Туғруқ дарди кучли бўлиб, бачадон бўйни тўла очиқ бўлганда қоғоноқ пардасини ёриш жуда хавфлидир. Бундай ҳолат қоғоноқ сувининг эмболиясини юзага келтиради.

Туғруқ дарди кучли бўлиб қоғоноқ пардаси ёрилганда, ёрилган қоғоноқ парда тезда қисқараётган бачадон бўйлаб юқорига кўтарилиши натижасида ҳомила олди суви ворсинкалараро бўшлиққа тушиши осон бўлади. Қоғоноқни бачадон бўйни 3 $^{1}/_{2}$ 4 бармоқ очилганда ёриш керак, шунда эмболия бўлиш хавфи кам бўлади. Агар бачадон бўйнининг тиришиши (спазм) кузатилса унда бачадон бўйин қалинлигига лидазанинг новокаинли эритмаси, атропиндан укол қилиш лозим бўлади. Нормал жойлашган йўлдош барвақт кўчганда клиник ҳолатларга қараб ўз вақтида ёрдам кўрсатиш тадбирларини кўриш керак. Айниқса "Кювелер" бачадони бўлганда беморда афибиногенемия авж олиб кўп қон кетади ва аёл ҳаёти ҳавф остида қолади.

Фибриногеннинг камайиш жараёнини аниқлаш учун ҳар 1 $^{1}/_{2}$ — 2 соатда қоннинг қуюлиш ҳолатини текшириб туриш керак. Бордию бунинг учун шароит бўлмаса, у ҳолда қоннинг ивиш тезлиги ва вақтини аниқлаш йўли билан унинг ивиш ҳолатини ўрганиш мумкин.

Кислород билан даволашда ингаляция қилинади ёки 400-800 мл кислородни тери остига юборилади, кислородни азот оксид билан (1:1) ёки (2:1) биргаликда ҳидлатиш ҳам яхши ёрдам беради. Аёлда нафас тезлиги ва чуқурлиги бузилмаган бўлса, маскадан ёки одатдаги наркоз аппаратидан фойдаланиш мумкин.

Кислород билан азот (I) оксидни (60:40) ҳидлатганда ўлим хавфи анча камаяди. Бордию нафас олиш фаолияти сўна бошлаган бўлса интубация орқали нафасини бошқариш зарур. Бунинг учун венага аста-секин 1% ли 30-40 мл новокаин юбориши керак (тез юборилса юрак-қон томирлари сиқилиб қолиши мумкин), уни қанча эрта юборилса шунча яхши.

Новокаинни 1-2 соатдан кейин яна қайта юбориш мумкин (албатта бунда аёлда новокаинга нисбатан аллергик ҳолат бўлмаслиги керак, буни анамнез орқали аниқланган бўлиши лозим). Тромбин ҳосил бўлишига ва фибринолитик система блокадасига қарши: гепарин, протамин сульфат каби препаратлардан фойдаланилади. Улар қоғоноқ сувининг заҳарли таъсирини йўқотади. Бу препаратлардан қон ивишининг биринчи босқичида фойдаланилади.

Буйрак усти бези фаолиятининг бузилиш ҳолатига қараб шу без гормонларидан укол қилиш лозим. Оғир ҳолатларда гидрокартизондан венага 100-150 мг ёки тери остига 50-100-150 мг юборилиб кейинги уколларда бунинг дозаси камайтирилиб борилади.

Гидрокортизон қанчалик эрта юборилса, қоғоноқ суви тушгандаги анафилаксия реакцияси шунчалик тез камаяди. Ўпка шишган бўлса, бу препарат қўлланилмайди.

Қон кетиши ёки шок натижасида вужудга келган циркуляр коллапсда норадреналин яхши фойда беради. Унинг миқдори 0,5-0,1 мл дан ошмаслиги керак.

Венага глюкоза билан бирга 0,1-0,25 мл норадреналин қолган қисмига реополюглюкин ёки полиглюкин, ош тузининг изотоник аралашмаси билан бирга (томчи ҳолда) юборилади. Қонни қуйишда ва плазмани ўрнини босадиган препаратларни ишлатишда жуда эҳтиёт бўлиш керак.

Глюкоза 50-60 мл, аскорбин ачими 400-500 мг, инсулин 8-10 бирликда, фибриноген 4-12 г ва юрак фаолия-

тини яхшилайдиган (атропин, кордиамин) препаратлардан фойдаланилади.

Қон қуйганда албатта беморнинг қон гуруҳига мос гуруҳли қон қуйиш лозим. Агар бўлмаса, бир ампула 0 (1) туркумли қонни, кейин ўзига мос туркумни қутиш лозим. Бундан ташқари, Rh омилига ҳам аҳамият бериш шарт.

XXX БОБ

ГЕМОСТАЗ СИСТЕМАСИ ФАОЛИЯТИ БУЗИЛГАНИДА ҚОН КЕТИШИ

Гемостаз система фаолияти бузилганидаги сабаблар туғма ва ҳаёт даврида вужудга келган патологик ҳолатдир.

Тромбоцитопеник пурпура, Виллербранд касаллиги, ангиогемофилия, акушерликдаги турли патологик ҳолатлар қон ивиш хусусиятининг ошишига, ниҳоят туғруқ ва эрта чилла даврида қон кетишига сабаб бўлади.

Е.А.Чернуха ва бошқалар гемостаз системаси фаолияти бузилиши ва бузилиш хавфи бўлган ҳолатларни ўрганиб, қуйидаги таснифни келтирганлар:

А. Қон ивиш синдромининг ўткир тури

1) йўлдошнинг бачадонга бирикиши ва ажралишини бузилиши;

а) нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт ўрнидан кўчиши;

б) йўлдошнинг олдин келиши;

в) йўлдошнинг бачадон деворига қаттиқ ёпишиши;

г) йўлдошни қисман бачадон деворига қаттиқ ёпишиши;

д) йўлдош қисмини бачадонда қолиши;

2. Бачадон ва туғруқ йўллари операцияда ҳамда травма таъсирида жароҳатланганида:

а) кесарча кесишда;

б) бачадон йиртилганда;

в) қин девори йиртилганида ва уни гемотомасида;

г) йўлдошни бачадон деворидан ажратиш ва туғдириш;

д) туғруқнинг III даври тугагач қўл билан бачадонни текшириб чиқиш.

3. Турли хилдаги патологик ҳолатлар:

а) ҳомила олди суви (қоғоноқ суви) эмболияси;

б) эрта чилла даврида гипотоник қон кетиши;

в) чилла даврининг эндомиометрити;

г) чилла давридаги сепсис.

В. Қон ивиш синдроми (ДВС) да қон кетиши.

1. Ҳомиладорликда кечки токсикоз-гестоз (эклампсия, преэклампсия, III даражадаги нефропатия)

2. Ўлик ҳомила.

Қон кетишнинг клиник кўриниши гемостаз системасининг бузилиши билан характерланади. Бунда клиник кўринишнинг характерли ҳолати: бошида қон оз-оздан кетиб, бора-бора кўпаяди. Оқаётган қон аввал юмшоқ қуйқани ҳосил қилиб, кейин ўзининг ивиш хусусиятини бутунлай йўқотади. Укол қилинган ерларда гематома вужудга келади, тери сатҳида қонли тошмалар пайдо бўлади. Ошқозондан қуюқ кофе эритмаси рангида қусуқ билан қон келади. Сийдик йўли, бурундан, туғруқ йўлларининг юмшоқ тўқимасидан ҳам қон келади. Агар жароҳатланган ер тикилса, ҳар гал нина кирган жойдан ҳам қон келади. Қорин бўшлиғида қилинадиган операцияларда паренхиматоз қон кетиши кузатилади. Бачадон деворида диффуз равишда қон шимилганини кузатилади ("Кювелер бачадони").

Кўп ҳолларда бачадон найчаси ва чаноқнинг юмшоқ тўқимасига ҳам қон қуйилади. Юқорида қайд қилиб ўтилган клиник белгилар билан биргаликда нафас олиш системасида, жигарда ўзгаришлар, мияда шиш ва унда қон айланишининг бузилиши кузатилади. Гипокоагуляцияни бачадон гипотониясидаги қон кетишнинг клиник ва лаборатория усуллари билан солиштириб кўрилса аниқ характерли белгилар туфайли ташхис қўйиш мумкин бўлади. Клиник ва лаборатория тестларини ҳомиладорлик охирида (учинчи уч ойлик охири), туғруқнинг II даври, йўлдош туғилиб бўлган эрта чилла даврида қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Қуйидаги кўрсаткичлардан фойдаланиш мумкин: активлашган қисман тромбопластин вақти, қоннинг иви-

шини таъминловчи факторларни коагуляцияни вена ичида бўлган ҳолларда қонни тромбоэластографиясида хромометрик ва коагуляцияни тузилиш ҳолати, фибриннинг эрийдиган комплекс мономерларини аниқлаш (бу қонда актив тромбинлар борлигини ва қон томирда қон ивишининг активланишини англашга ёрдам беради).

Коагулопатияда дастлабки белгилар: юқорида кўрсатиб ўтилган гемостаз тестлар чегараланган ёки бир-бири билан биргаликда бўлиши мумкин. Тромбопластиннинг активланган вақти 45 секунддан узайган бўлади (нормада 20-40 сек). Бу ҳолат қон ивиш I омил истеъмоли бошланишидан гувоҳлик беради.

Коагулопатик қон кетишда қоннинг ивишини таъминловчи тромбоэластограмманинг хронометрик параметри ҳам биргаликда узаяди. Тромбоэластографда қонни ивиш хусусиятини кузатилмаслиги гемостазнинг плазма, тромбоцитар звеноси ҳамда фибриноген фаолиятини чуқур ҳолатда бузилганидан далолат беради. Гемостаз системасини ўрганишда тромбоэластограф ва коагулограмма аппаратлари бўлмаса, Е.П.Ивановнинг қон ивишини аниқлаш усулидан фойдаланиш мумкин.

ҚОН ИВИШ ХУСУСИЯТИНИ ЙЎҚОТГАНДА ҚОН КЕТИШИ (ГИПОФИБРИНОГЕНЕМИЯ, АФИБРИНОГЕНЕМИЯ)

Бу бачадоннинг қисқариш хусусиятига боғлиқ бўлмайди. Аммо бу ҳолатни аниқлаш врач учун мураккаблик туғдиради.

Н.С.Бакшеевнинг таъкидлашича, қон кетишдан ўлган 133 та аёлдан 49 тасида қон ивишнинг сусайганини кузатган. Қон хусусияти бир қатор сабаблар билан бирга фибриногеннинг бузилиб парчаланиши ёки йўқолиши натижасида издан чиқади. Фибриногеннинг бузилиши ўткир фибринолиз жараёнида пайдо бўлади. Бу ҳолат бачадон жароҳатланиши, ҳомиланинг она қорнида ўлиб қолиши, йўлдошнинг вақтдан илгари кўчиши, қоғоноқ сувининг эмболияси ва бошқаларда учрайди. Қоннинг ивиш хусусиятини йўқолиши гипо ёки афибриногенемик ҳолат деб аталади. Гипо ёки афибриногенемияда қон кетиш бирламчи ёки иккиламчи бўлиши мумкин.

Иккиламчи гипо ёки афибриногенемияда аёл кўп қон йўқотган, аммо илгари қон ивиш хусусияти нормал бўлган (бачадоннинг гипотония ёки атониясида, Кювелер бачадонида, ўлик ҳомила ва бошқаларда) ва кетган қон ўрни тўлдирилмаган бўлади. Баъзан фибриноген кўп ёки нормал бўлишига қарамай ҳам қон кетади. Бундай бўлишига организмда қон ивишининг тўсувчи гепариннинг (антикоагулант) кўпайиб кетиши сабаб бўлади, лекин бу ҳолат жуда кам учрайди.

Нормал жойлашган йўлдош барвақт ўрнидан тўла кўчганда, бачадон мускули орасига қон қуйилиб ("Кювелер бачадони") ивиб, сероз пардаси ҳам зарарланади. Бунда аутолиз натижасида фибринолизни фаоллаштирадиган модданинг она қонига тушиши фибриногеннинг камайишига ва баъзан унинг бутунлай йўқолишига сабаб бўлади. Фибринолиз жараёнининг юзага келиши ёки тезлиги ҳар бир аёлда турлича бўлиб, кўпинча омиллар қонга тушган активаторга, қоннинг антифибринолитик системасининг ҳолати ва плазмадаги фибриноген миқдорига боғлиқ. Гипо ёки афибриногенемияда ҳатто бачадон кесилган, тешилган ва ёрилганда ҳам қон кетади.

Баъзи ҳолларда гипотония ва атония натижасида қон кетишида гипо ёки афибриногенемия вужудга келади. Бунда беморнинг аҳволи жуда оғирлашади.

Тадқиқотлардан шу нарса аниқландики, агар фибриноген (200 мг% дан) камайиб кетса, қоннинг ивиш хусусияти ҳам камаяди.

Қонда фибриногеннинг бутунлай йўқолиши кам учрайди. Фибринолиз активаторлари она қонига тушиши бошқа патологик ҳолатларда ҳам учраши мумкин. Никотин кислота ҳам қоннинг фибринолитик фаолиятини оширади.

Она қонига фибринолиз активатори биринчи марта ва оз миқдорда тушса, одатда қон кетиш кузатилмайди, чунки қоннинг антифибринолитик системаси активаторни қамал қилади. Агар активатор кўп миқдорда бўлса ва кетма-кет тушса, фибриноген жуда тез камайиб ўткир фибринолиз натижасида оғир қон кетиш ҳолати кузатилади.

Қон ивиш системаси фаолиятини ўрганишда тромбоэластограф ва коагулограмма каби аппаратлар бўлса ла-

боратория шароитида Е.П.Иванов усулидан фойдаланиш мумкин.

Бунинг учун 3 та пробирка олиниб, буларнинг ҳар бирига 2 мл дан вена қони солинади, дарҳол секундомерда вақтни белгилаб қўйилиб, пробиркалардан биттасини пробка билан беркитилади, уни юқорисини пастга, пробка томонга ағдариб қўйилади. Бунда қон пастга оқиб тушади ҳар 30 секундда мунтазам равишда уни қўлда иситиб, қоннинг ҳолатини кузатиб борилади, яна қайта ағдарилганда қон пробирка деворларига сўрилмай ўтади. Бунда ивиш вақтини аниқланади. Соғлом одамда бу 5-11 минут давом (хона ҳароратида) этади.

Агар текширилаётган қон натижаси манфий бўлиб, ивиш вақти чўзилмаган бўлса унда фибриноген тромбопластин ва тромбанинг шаклланиши бу қон кетишга сабабчи эмаслигидан далолат беради.

Кейин ретракция ва фибринолиз ҳолат бузилган ёки бузилмаганлигини аниқлаш керак. Бунинг учун пробиркани пробкали томони билан пастга қаратган ҳолда, агар термостат бўлмаса, уй ҳароратида ёки 20-30 минут иссиқ сувли стаканга солиб қўйилади ёки қўл ёрдамида иситилади. Ҳар 15-30 секундда қонни ивиш ҳолатини кузатиб турилади, қоннинг ҳажми ва рангига қараб (зардобини) унинг ивиши ёки фибринолизи кузатилади.

Агар ивиган қон биринчи 30 минут давомида анча ивиса, унинг суюқ босқичи 1 мл дан ошиқ бўлади. Бу босқичда қон ивиндисидан унча фарқ қилмайди қон вақт ўтиши билан суюқ ҳолатга ўтади. Бу қонда фибринолизнинг ошганидан далолат беради. Агар ивиган қон биринчи 30 минутда қизимтир сариқ суюқлик ажратса (унинг ҳажми 1-1,2 мл) ретракция ва фибринолиз нормал ҳолат деб ҳисобланади. Агар ивиган қон биринчи ва иккинчи соатлар давомида ўзгармай қолса, унда бу қонда ивиш жараёни жиддий талофат кўрганлигини кўрсатади.

Вена қонининг тез ивиши (2-4 минут) гиперкоагуляция ҳисобланиб, бу қон ивиш синдромининг гиперкоагуляцион фазаси ҳисобланади. Бу ҳолат кўпинча тўқима тромбопластининг қонга тушиши, баъзан қон қуйишнинг мулоқат фазасининг бирданига фаоллашганини кўрсатади.

Афибриногенемия ва гипофибриногенемияларда қоннинг антикоагуляцияли хусусияти ошган, унинг ивиш хусусияти узайган бўлади. Бу ҳолатни аниқлаш учун 1,0 мл қонни иккинчи пробиркага қуйилади ва ивишгача олиб келинмайди, скальпель (жарроҳ пичоғи) учида қуруқ тромбопластин ва 0,1 мл 10% кальций хлорид қўшилади. Бунда қон қаттиқ бўлиб ивиб, уни чайқатганда ҳам бузилмайди. Агар пробиркадаги қон 1-3 минут давомида ивимаса унда гипофибриногенемия, баъзан гипергепаринемия деган хулосага келиш мумкин.

Гипергепаринемияни бор ёки йўқлигини билиш учун шу пробиркага 1-3 минутдан кейин 0,1 мл 1% протамин хлорид ёки протамин сульфатдан қўшилади. Агар 1-2 мин давомида қон ивиса, унда беморда гипокоагуляция гипергепаринемиядан деб ҳисобланиб, беморга протамин сульфат ёки плазма (яхшиси антигемофилплазма) юбориш керак бўлади. Агар ҳар икки ҳолатда ҳам қон ивимаса, беморда а-ёки-гипоафибриногенемия бор деб ҳисобланади.

ГЕМОСТАЗ СИСТЕМАСИ ФАОЛИЯТИ БУЗИЛГАНДА ҚОН КЕТИШНИ ДАВОЛАШ

Гемостаз система фаолияти бузилганда қон кетишини даволаш беморнинг индивидуал ҳолатига қараб бажарилади.

Даволаш усуллари шу ҳолатнинг фаолияти қанча бузилганлигига ва уни вужудга келтирган сабабларга қараб белгиланади.

Хусусан: 1) қон ивиш системаси ҳолатининг бузилишига акушерликдаги патология сабаб бўлса шунга қараб даволаш; 2) марказий ва периферик гемодинамикани нормаллаштириш; 3) қонни ивиш системасини ва фибринолизинни нормаллаштириш.

Бу ҳар икки даволаш омиллари умумий қон кетгандаги ва қоннинг ивиш хусусиятини йўқотгандаги ҳолатларга тааллуқли бўлса, қуйида биз қон ивиш системасига хос бўлган даволаш усуллари устида тўхталиб ўтамиз. Бу хилдаги даволаш омиллари турли препаратлардан фойдаланишга қаратилади. Буни 3 гуруҳга бўлиш мумкин:

1) прокоагулант сақловчи препаратлар;

2) фибринолизга қарши ишлатиладиган препаратлар;

3) томирлар ичида қоннинг ивиб қолишини олдини оладиган препаратлар.

Гемокоагуляция хусусиятини тиклашда препаратлар, қон компонентлари ва ўзида прокоагуляция тутувчи препаратлар ҳамда янги донор қони (иссиқ донор қони) яхши ёрдам беради. Бунда тўғридан-тўғри донордан олиб қўйилади. Чунки бунда қонни ивиш хусусиятини олдини оладиган бир қатор компонентлар бўлади. Бунда консервирланган, аммо 48 соатдан кам сақланган донор қонини қуйиш мумкин. Концентрацияланган плазма (натив; антигемофил; қуруқ плазма), криопреципитатлар ҳам ишлатилади.

Тромбоцитопения анча кучли бўлганда ҳам ишлатиладиган қон бир кундан ортиқ сақланган бўлмаслиги керак. Агар қонни қуйилишининг VII омили проконвертин (конвертин) етишмаслигидан бузилган бўлса унда криопреципитатдан фойдаланилади.

Фибринолизга қарши препаратлардан протеазанинг табиий ингибиторлари: Контрикал (трасилол) ни дастлабки дозаси 60-80 минг бирликда, Гордокс 500-600 минг бирликда венага юборилади. Бундай препаратларни венага секин юбориш керак. Фибринолизга қарши препаратлардан фойдаланганда қонни ивиш хусусиятини бузилишига сабаб бўладиган акушерликдаги патологик ҳолатни ҳисобга олган ҳолда олиб борилиши керак. Ҳомиладорликдаги кечиккан токсикоз-гистозларда фибринолизга қарши препаратлардан жуда эҳтиёткорлик билан фойдаланиш керак. Чунки кўп ҳолатларда токсикозда гиперкоагуляция (қоннинг ивиш хусусиятини ошиши) кузатилиб, бунда ўринсиз фибринолизга қарши препаратларни қўлланилганда бемор организмидаги эндоген фибринолизинни йўқолишига сабаб бўлади. Шунинг учун токсикозларда агар қон ивиш синдроми кузатилса бунда даволаш омиллари периферик қон айланишини яхшилашга қаратилган бўлиши керак. Бунинг учун альбумин, реополиглюкинлардан, томирлар ичида қоннинг ивиш хусусиятини камайтириш учун эса гепариндан фойдаланилади. Гепарин кенг миқёсда таъсир қилиш хусусияти-

га эга бўлиши билан биргаликда, тўғридан-тўғри таъсир қилиш хусусиятига ҳамда билинарли даражада антитромбопластин ва антитромбин фаоллигига эга.

Аммо гепариндан фойдаланганда қон кетишини кўпайиш хавфи бўлади. Уни фақат лабораторияда қоннинг гемостаз хусусиятини назорат қилган ҳолда олиб борилади. Бунда агар коагуляцияда нуқсон бўлса, препарат дозасини венага қуйганда 1500-2000 бирликгача камайтириш лозим.

Агар қон ивиши бутунлай йўқолган бўлса ва бачадоннинг гипотониясида йўлдош ёпишган сатҳдаги томирлардан қон кетаётган бўлса, туғруқ йўлларидаги юмшоқ тўқима жароҳатланган ҳолларда ва бошқаларда гепариндан фойдаланиш мумкин эмас.

Декстронлар (полиглюкин, реополиглюкин) ҳам дезагригацион хусусиятга эгадир. Шунинг учун препаратларни юборганда, уларнинг ҳажмига аҳамият бериш керак.

Операциядан кейин беморлар интенсив равишда даволашга муҳтож бўладилар. Бунда 2-3 кун давомида трансфузия ва инфузион даволаш усулидан фойдаланилади (эритроцитар масса, альбумин, реополиглюкин хлорид кальций, инсулин, юрак учун ишлатиладиган препаратлар, агар ацидоз бўлса сода эритмаси, кортикостероидлар). Даволаш модда алмашинувини, электролит, микроэлементлар мувозанатини сақлашга ҳам қаратилган бўлиши керак.

Чилла давринг биринчи куни агар тромбоз ёки буйракларнинг ўткир етишмовчилик хавфи кузатилса бунда венага инфузия билан биргаликда томчи сифатида қонни ивиш ҳолатини мунтазам кузатиб борган ҳолда 15-20 000 бирликда гепарин юборилади. Гепариндан лабораторияда фойдаланишда пробиркадаги қоннинг юқорида айтиб ўтганимиздек Ли-Уайт усулида ивиш вақтини аниқлаш керак.

Чилла давринг 3-4 кунидан бошлаб гепариндан 5000 бирликда бир кунда 4 марта то гомеостаз нормаллашгунча тери остига укол қилинади. Буйракнинг ўткир етишмовчилигида даво омиллари қон томирлардан оқаётган қон миқдорини тиклашга, метаболитик ацидозни даво-

лашга, буйрак жомчасини филтрация қилиш хусусиятини оширишга қаратилган бўлиши керак.

Диурезни кучайтирувчи препаратлардан фойдаланишдан олдин эуфиллин ва папаверин гидрохлориддан инъекция қилиш керак. Бундан ташқари 250 мг гидрокортизон ва 200-400 мл 4-5% ли бикарбонат натрий эритмасидан фойдаланиш мумкин. Булардан венага юборганда бир минутда 30-50 томчидан ошмаслиги керак. Лазикс (фурасемид) 40 мг юборилади. Агар 15-30 минут давомида керакли натижага эришилмаса, унда яна қайтадан 50 мг лазикс юборилади.

Агар жомчалар фильтрацияси сақланган бўлса унда 15-20% осмодиуретиклардан маннитол эритмасидан (препаратни бир маротабадаги дозаси 0,5-1,0 мл/кг тана оғирлигида) фойдаланилади. Маннитолдан эҳтиётқорлик билан фойдаланиш керак. Унинг дастлабки дозаси 30 гр қуруқ кукундан ошмаслиги керак.

Маннитолни, агар диуретик таъсири биринчи маротаба фойдалангандаёқ кўриниб диурез тикланмаса, ортиқ ундан фойдаланиш керак эмас.

Агар беморни аҳволи оғирлашиб креатинэмия ва гиперкалиемия ҳолати давом этаверса, беморни нефрологик ёки сунъий буйрак бўлими марказига ўтказиш керак.

XXXI БОБ

АКУШЕРЛИКДАГИ ШОК

Қон кетиш жараёни кўпинча енгил турдаги шок билан кечади. Баъзан шокнинг оғир турлари ҳам кузатилади.

Шок кўпинча бачадон йиртилишида, бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликда, турли акушерлик операцияларида (яъни наркоз бермасдан бачадонни тозалаш, қисич қўйиш, катта ҳомилани куч билан тортиб олиш ва ошқалар) бўлади.

Шок кўпроқ жароҳатлар, бактериялар таъсирида ва қон йўйиш натижасида ҳам келиб чиқади. Баъзан аёлларда акушерликда ишлатиладиган препаратларга сезгирлик

кучли бўлади, шунинг учун уларда анафилактик шокни кузатиш мумкин.

Шокнинг оғир кечишига ҳомиладорликдаги токсикозлар, туғруқ дардининг узоқ чўзилиши ва аёлдаги эмоционал ҳолат, эндокрин безлар фаолиятининг бузилиши, туғруқдан олдин ва ҳозирда ҳам давом этаётган касалликлар (юқумли ва юқумсиз) сурункали интоксикация, юрак-томир касалликлари сабаб бўлади.

Шокнинг оғир енгиллиги артериал қон босимни пасайишига қараб аниқланади. Агар аёл бир литр қон йўқотса, у 40 граммгача оқсил ва 70 граммгача гемоглобин ҳам йўқотади.

Қон йўқотишнинг таъсири организмда оқаётган қон миқдорига боғлиқ бўлади. Аёлларда қон тананинг умумий вазнининг 0,5% ни ёки 65 мг/кг оғирлигини ташкил қилади. Соғлом киши 10% дан ортиқ қонни йўқотса (бир килограмм тана оғирлигига 7 мл), гемодинамик ҳолат бузилмайди.

Агар аёл 10-15% (7 мл/дан 11 мл/кг) қон йўқотса бунда артериал қон босими ўртача 15 мм симоб устинига пасаяди. Бунда гемодинамик ҳолатнинг бузилиши қисқа муддат давом этиб, одатда унчалик оғир ҳолат кузатилмайди.

Организмдаги қоннинг 15-25% ни (11 мл дан 18 мл/кг) йўқотса қон босими 40-50 мл га пасайиб, оғир гемодинамик ҳолат, 25% камайганда (18 мл/кг) ва бундан кўп бўлса геморрагик шок рўй беради. Бачадон атониясида йўлдош ёпишган юзадаги артериал қон томирлардан бир минутда 200-250 мл қон (40%) оқиб кетади.

Шокни 3 даражаси тафовут қилинади.

I даража — артериал қон босим (максимал босим) 90-100 мм симоб устинида бўлади.

II даража — артериал босим 80-70 мм симоб устинида бўлади.

III даражада — артериал босим 70 мм симоб устинида ва ундан кам бўлади.

Артериал босимнинг камайиб кетиши шок белгиларидан биридир. Аутоинтоксикация борган сари авж олади. Бу ҳолат жароҳатланган тўқиманинг аутолизи ёки периферик қон айланишнинг бузилиши натижасида ву-

жудга келади. Жароҳат туфайли юзага келган шок ва травматик шоклар кўпинча, ўткир қон кетиши билан кечади. Бу ҳолат шок кечишини оғирлаштиради. Патофизиологик нуқтаи назаридан қараганда шокда марказий нерв система аввал қўзғалади, кейин сусаяди. Ниҳоят ҳолдан тояди, гормонлар мувозанати (гормонал ва метаболитик бузилиш) юрак-томир системаси, буйрак, жигарда моддалар алмашуви бузилади. Шокда организмнинг бутун аъзо, системаларининг фаолияти издан чиқади.

Шокнинг оғир турида беморнинг юзи кулранг, тери юзаси оқарган, баъзан мармарсимон, лабларининг шиллиқ қавати кўкарган, тили қуруқ, тана ҳарорати паст, муздек бўлади. Унда бўшашиш, депрессив ҳолат кузатилади. Шокнинг дастлабки босқичида қўзғалувчан бўлиб, ўрнидан туришга интилади. Бундай беморлар ўзининг оғир аҳволидан шикоят қилмайди, оғриқни унчалик сезмайди.

Нафас олиши юза, баъзан нотекис бўлади, томир тез (минутига 160-150 марта) уради. Баъзан ҳатто сезилмайди. Бундай шок агар қон кетиш билан кечса, унинг клиник кечиши жуда оғир ўтади. Травматик шокни биринчи марта Н.И.Пирогов баён этган.

Шок ҳолатидаги беморни даволамасдан туриб операция қилиш мумкин эмас, бу унинг ўлимига сабаб бўлади. Шунинг учун ҳар қандай операцияда қонни тўхтатиш тадбирларидан ташқари, шокка қарши курашиш зарур. Бунда йўқотилган қон ўрнини тўлдириш, қон томир системасини бошқарувчи марказий нерв системасининг фаолиятини нормаллаштириш, метаболизм туфайли моддаларнинг заҳарли таъсирини камайтириш керак. Марказий нерв системаси фаолиятини нормаллаштириш учун заҳарли моддаларни марказий нерв системасига ўтказмаслик ҳамда организмнинг уларга нисбатан бўлган сезувчанлигини камайтириш зарур.

Метаболитларнинг токсик таъсирини камайтириш, сосан ўша токсик моддалар манбаини олиб ташлашдан борат. Туғруқдаги шокда қон ва плазма қўйиш билан ир қаторда, қоннинг ўрнини босадиган эритмалардан ам фойдаланиш керак. Бундан ташқари, гидрокортизон, овокаин, камфора ва уйқу дорилардан (ноксирон ва ошқалар) укол қилинади. Глюкоза, аскорбин кислота,

кокарбоксилаза, натрий бромлардан ҳам фойдаланилади. Одатда, бундай ҳолатда норадреналин ва эфедриндан фойдаланиш зарур.

Маълумки, шок қанча тез тугатилса, шунча яхши натижага эришилади. Шуни назарда тутган ҳолда, агар аёлда шок ҳавфи бўлса, албатта венага 5% ли глюкоза юбориб туриш лозим (бунда глюкозанинг 4 гр қуруқ кукунига 1 бирликда инсулин юбориб туриш керак).

Препаратларни вена орқали юборишда йўғонроқ ва калта ниналардан фойдаланиш керак, шунда исталган эритма, қон осон кетади, игна тромб билан бекилиб қолмайди.

Бачадоннинг тўла ва чала йиртилишида ҳам қон йўқотилишидан қатъи назар, оғир турдаги шок ҳолати кузатилади. Уни ўз вақтида аниқлаб, даво чоралари кўрилмаса, беморни бу ҳолатдан олиб чиқиш анча қийин кечади.

Акушерлик шокида қуйидагича даволаш омилларини қўллаш керак бўлади.

1. Шокнинг сабабини тезда аниқлаб, уни даволаш.

2. Шок сабабларини йўқотишда (хусусан бачадон йиртилгандаги шок) албатта оғриқсизлантириш ва венага тушиб трансфузияни бошлашга киришиш, агар қон бўлмаса, қонни ўрнини босадиган препаратлардан фойдаланган ҳолда томирлардаги қон миқдорини сақлаб туриш керак.

3. Шокка қарши комплекс даво тадбирларини қўллаш (шокка қарши эритмалар, қон қуйиш, пипольфен, гидрокортизон, кальций глюконат, плазма ва плазма ўрнини босадиган эритмалар, оқсилли препаратлар ва бошқ.)

4. Операциядан олдин промедикация қилиш шарт, кейин интубация қилиб, аппарат орқали эфир, кислород азот оксиди берилади, бундан олдин эса релаксанларда юбориш лозим.

ТОМИРЛАР КОЛЛАПСИ

Томирлар коллапси ҳомиладорликда гемодинамик мувозанатнинг бузилишига сабаб бўлади. Ҳомиладорлик ва туғруқ жараёни бу патологик ҳолатнинг юзага келишига сабаб бўлади. Бунда асосан нейрогуморал омиллар муҳим роль ўйнайди. Бу омиллар томирларнинг ҳаракатлантирувчи марказга таъсир қилади.

Ҳомиладорликда қон томирлар системасининг турғун бўлмаслиги, уларда турли даражадаги коллапс ва гемодинамик ҳолатнинг бузилишига сабаб бўлади.

Томирлар коллапси (ёки периферик қон айланишининг етарли бўлмаслиги) қон томирларнинг қон билан тўла бўлмаслигидир.

Томирлар коллапсининг 4 тури тафовут қилинади:

1) қон кетиши натижасида қоннинг томирларда камайиши;

2) томирлар тонусининг қисман ёки умуман сусайиши натижасида уларнинг кенгайиши ёки периферик қон оқими қаршилигини деярли камайиб кетиши;

3) Юқорида келтирилган ҳар икки кўринишдаги коллапсни биргаликда учраши;

4) Патогенез жиҳатдан аниқ бўлмаган тури.

Ўткир қон кетишда эса бу механизм аниқ кузатилади. Шунинг учун бу ҳолат шок эмас, коллапс ҳисобланади.

Шуни айтиб ўтмоқ керакки, ўткир қон кетишида қон ўрнини тўлдирилса ҳам, гемодинамика кўрсаткичлари тикланмайди. Тўқималарнинг айниқса ҳаётий зарур бўлган аъзо системаларининг гипоксияси уларнинг фаолиятини узоқ муддатга издан чиқаради, шу давр ичида морфологик ўзгаришлар вужудга келиб, вазиятни янада оғирлаштиради. Бундай ҳолатда тезроқ қон қуйиш (120% миқдорда) зарур. Баъзи муаллифлар қонни 70% қуйиб (йўқотилган қон ҳисобидан) қолганига қон ўрнини босадиган суюқликлар қуйишни тавсия қиладилар.

Оғир геморрагик коллапсда қонни томчи йўли билан қуйиш асло мумкин эмас, бу усул ёрдамида йўқотилган қон ўрнини тўлдиришни ўзи бўлмайди, натижада бемор ўлиши мумкин.

Шуни унутмаслик керакки, артериал қон босими 80-90 мм симоб устинига кўтарилса ҳам гемодинамик ҳолат ҳавфи давом этади.

Томирлар коллапси ҳомиладорликда гемодинамик мувозанатнинг бузилишига сабаб бўлади деб айтиб ўтган эдик.

Ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнида бу патологик ҳолат вужудга келиши мумкин. Бунда асосан нейрогуморал омиллар муҳим рол ўйнайди. Бу омиллар ҳаракатлантирувчи марказга таъсир қилади.

Ҳомиладорликда томирлар системаси фаолияти турғун бўлмаслиги туфайли уларда турли даражадаги коллапс ва гемодинамик ҳолатлар бузилиши рўй беради.

КОЛЛАПСНИНГ КЛИНИКАСИ

Қон босими бирданига ва кескин пасаяди. Бу кўпинча ваготония (пульс кам уради — брадикардия) бўлганда юз беради. Томир уриши сусаяди, периферик қон айланиши ёмонлашади. Брадикардия анча узоқ давом этиб, кейин томир уриши тезлашади, аммо қон босими пасайганча қолади.

Коллапсни кўпинча шок билан адаштирилади. Аммо коллапс шокдан анча фарқ қилади. Томирлар коллапсида қон томирларнинг тонуси қисман ёки бутунлай йўқолади. Шу сабабдан томирлар кенгайиб кетиб, қон кенгайган томирни тўлдира олмайди, шунинг учун артериал босим жуда пасайиб кетади.

Қон босими тушиб кетиши натижасида тўқималарда гипоксия ҳолати кузатилади, ҳаётий зарур аъзоларнинг фаолияти издан чиқади.

Томирлар коллапси одатда ҳомиладорлик ва туғруқ билан боғлиқ бўлиб, гинекологик беморларда кам учрайди. Бу одатда наркозга тайёргарлик (премединация) ёки операциянинг оғирқсизлантириш жараёнида юз бериши мумкин.

Ҳомиладорликнинг ривожланиш даврида симпатик ёки парасимпатик нерв системалари тонуси ошади, бу қисқа муддат давом этиб, асосан туғруқда ва чилла даврида кузатилади. Бу ҳолат туғруқда бачадоннинг бирданига ҳомиладан бўшагани, қорин бўшлиғидаги босим ўзгарганидан юзага келиши мумкин.

Гуморал омиллар (қон томирларга тушган ҳомила элементлари: қоғоноқ суви, ҳомила тўқималарининг парчаланган қисми, серотонин, йўлдош ацетилхолини ва бошқалар)нинг таъсирини ҳам ҳисобга олиш лозим.

ДАВОЛАШ

Периферик қон айланишнинг ўткир етишмовчилигида томирлар кенгайиб ҳажми ошганлиги учун қон миқдорини кўпайтириш, томирлар тонусини ошириш, элек-

тролитлар мувозанатини яхшилаш, кислород танқислиги натижасида вужудга келган метаболизмнинг бузилишида бўладиган ацидоз ёки алколоз жараёнини даволаш омилларидан фойдаланилади.

Томирлардаги қон миқдорини ошириш учун қуйиладиган қон бемор қони билан бир хил группада ва янги тайёрланган бўлиши керак (агар бир хил группали қон бўлмаса, дастлаб 0 (I) группали қондан 1-2 ампула қуйиб, кейин бир хил группали қон топиш керак). I (0) группали қонни кўп қуйиш асло мумкин эмас (акс ҳолда бунда ҳам агглютинация ҳолати кузатилиб, аёлда гемолитик шокнинг вужудга келишига сабаб бўлади). Энг яхшиси тўғридан-тўғри донордан олиб қўйишдир. Беморнинг қон босимини аниқлашнинг иложи бўлмаса, унда қонни ҳар икки қўл венасига юбориш керак. Бунда қонни бирданига юборганда юракнинг ўнг томони кенгайиб кетишидан қўрқиш керак эмас. Чунки қон босими бирданига камайиб кетганда юракнинг минутлик ҳажми ҳам камайган бўлади. Қуйиладиган қон миқдори беморнинг умумий ҳолатига қараб белгиланади. Қон босими 80 мм симоб устунидан кам бўлмаса организм тўқималарининг кислород билан таъминланиши бузилмайди. Беморни тренделенбург ҳолатда ётқизиш ҳам яхши ёрдам беради. Бунда ўпка ва мияда қон айланиш яхшиланади.

Гипотензия бир соат давом этса, бу оғир оқибатга олиб келиши мумкин.

Агар қуйилган қон 5-6 кундан ортиқ сақланган бўлса яхши натижа бермаслиги мумкин. Шунинг учун венага 10% ли кальций глюконатдан 10 мл юборилади, ҳар 400-500 мл қон қуйилгандан кейин кальций глюконат юборишни яна қайтарилади. Венага 0,5% ли 10-15 мл новокаин эритмасидан юбориш мумкин. Новокаин ҳам кальций глюконат каби қайта юборилади.

Томирлар тонусини ошириш учун бутун компенсатор механизмларни тиклаш лозим. Бунинг учун томирлар периферик қаршилигини ошириш, юрак қисқаришини кучайтириш ва унинг минутлик ҳажмини кўпайтириш, тўқималардан суюқликнинг томирларга тушишини таъминлаш, нафас олишни чуқур бўлиши ва қонда кислороднинг кўпайишига эришиш керак.

Томирлар коллапси ваготония натижасида (қон босими кам бўлганлиги, гипотония-брадикардия) юзага келган бўлса венага атропин (0,5-1 мл) юбориш керак. Атропин адашган нерв (n. vagus.) нинг бачадонга таъсирини камайтиради. Юрак тез урса, атропин қўлланилмайди. Периферик қаршиликни кучайтириш учун томчи сифатида венага 0,3-0,5 мл дан норадреналин ёки бирга 200-300 мл полиглюкин юборилади. Норадреналин томирларни торайтириш хусусиятига эга. Коллапснинг оғир турида унинг фойдаси етарли бўлмайди. Тахикардияда юракнинг минутлик ҳажми тез камайиб, кислородга нисбатан эҳтиёж ошади. Бундай ҳолларда венага 0,5 мл строфантин глюкоза билан бирга юборилади. Строфантин юракнинг қисқариш маромини секинлаштиради, диастулани узайтиради, гидрокортизон эса буйрак усти бези фаолиятини яхшилайди.

Электролитлар — K, Na, Ca, Mg мувозанатини тиклаш мақсадида ишлатиладиган препаратлар аввал уларнинг концентрацияси аниқлангандан кейин қўлланилади.

Ацидоз бўлганда натрий бикарбонатнинг 7,5% ли эритмасидан (30 мл дан 100 мл гача) ацидоз даражасига қараб венага юборилади.

XXXII БОБ

АКУШЕРЛИКДА ТЕРМИНАЛ (СЎНГИ) ҲОЛАТ

Ҳомиладорликда, туғруқда ва эрта чилла даврида вужудга келадиган терминал ҳолат организмнинг ҳаёти учун зарур аъзо ва системалар фаолиятининг сўниши билан кечади.

Баъзи ҳомиладорларда, туғиш жараёнида терминал ҳолатга олиб келадиган патологик ҳолат бирданига бошланади.

ЎТКИР ҚОН КЕТИШИ

Ўткир қон кетиб тўхтаганида ҳам оғир гемодинамик ҳолат юзага келади. Бунинг клиник кўриниши қуйидагича: беморни териси оқариб кетади, лаби ва тирноқ ости кўкаради.

Нафас олиш чуқурлиги ҳар хил бўлиб, уйқучан, ташқи таъсирларга сезгирлиги сусайиб кетади. Бемор терисини ёпишқоқ тер босади. Пульси ва артериал қон босимини пайпаслаб бўлмайди. Фақат уйқу артериясидаги пульс тўлқинларини сезиш мумкин, пульс 130-140 гача кўтарилиши кузатилади. Агонал (ўлим талвасаси) даврида брадикардия ҳолати кузатилиб, ундан кейин клиник ўлим юз беради. Олдин нафас, кейин юрак уриши тўхтайди. Одатда қон босими жуда пасайиб кетгани учун бачадондан ортиқ қон кетмайди.

Организмнинг ҳаёт фаолияти тикланишида қўлланиладиган даво тадбирларидан қатъий назар, гипотензия (қон босими пастлиги) давом этиши патологик ҳолатнинг кечишида катта ўрин тутади.

Агар бемор бир соатдан кўп гипоксия ҳолатда бўлса, организмнинг ҳаёт фаолиятини тикланиши қийин бўлади. Чунки ҳаётий зарур аъзоларнинг фаолиятида аслига қайтмайдиган ўзгаришлар вужудга келади.

Баъзи муаллифлар ўткир қон кетганда қон босимининг тушиб кетишини геморрагик шокдан деб ҳисоблайдилар. Бундай фикр юритиш унчалик тўғри эмас.

Шокнинг этиопатогенези ҳақида турли-туман фикрлар мавжуд. Шунга қарамасдан шокнинг клиник кўриниши яхши ўрганилган. Ўткир қон кетишда қоннинг бирданига камайиб кетиши тўқималарда кислородни камайтиради. Бунда қон кетишдаги компенсация фазаси (периферик қон томирларнинг торайиши) бўлмайди. Бу эса периферик қон айланишнинг етишмовчилигига, тургун гипотонияга олиб келади.

Томирлар коллапсида қон томир тонусларининг камайиб кетиши ёки тўла йўқолиш сабабларини ҳамма вақт ҳам аниқлаб бўлмайди. Терминал ҳолатда энг аввал кислород етишмаслиги кузатилиб, бунинг натижасида тўқималарда анаэробли энергетик жараён юзага келади. Кислород етишмаганда анаэробли гликолизнинг салмоғи ошади.

Тўқималарда гликолитик жараёнлар натижасида гликолизнинг охирги ҳосиласи — кўп миқдорда сут кислота пайдо бўлади. Сут кислотанинг йиғилиши дастлаб буфер системаларни компенсация қилади, кейин эса буфер сис-

тема сусайиши натижасида тўқималарда ацидоз ҳолати кузатилади. Ацидоз эса бир қатор ферментли метоболик системанинг бузилишига сабаб бўлади, натижада уларда тартибсизлик юзага келади, тўқималарнинг кислород билан таъминланиши бузилади. Шу тариқа оғир патологик ҳолат вужудга келади, етарли даво тадбирлари кўрилмаса, қисқа муддатда аёл ўлими содир бўлади.

Геморрагик шокда, коллапсдаги ацидозда ва тўқималарда кислород танқислиги билан кечадиган патологик ҳолатларда, агар беморнинг аҳволи яхшиланмаса ҳар 15-20 минутда венага натрий бикарбонат (5-6% ли 40-50 мл дан) юборилади. Ўткир қон кетишдаги даво тадбирлари: дастлаб янги тайёрланган I группадаги қондан (йўқолган қон миқдорини ҳисоблаб), кейин беморнинг ўзини қон группасидан 100-120% гача қуйилади.

Қонни оқизиб қуйиш шарт. Қон босими 80-85 мм симоб устинига тенг бўлса битта венага, агар ундан камайиб кетса, ҳар икки венага қуйилади.

Тўғридан-тўғри донордан олиб қон қуйиш жуда яхши ёрдам беради. Чунки бунда қон таркибидаги моддалар сақланган ҳолда бўлади, бундан ташқари қоннинг қуйилишига ижобий таъсири кўрсатади.

Кўп қон кетганда беморга ёрдам бериш асосан; кетаётган қонни ҳисобга олиш, қонни ўрнини босадиган даво омилларини қачон бошланганини (гемотрансфузия) ва уни қандай тезликда олиб борилгани, трансфузия ва инфузион усулларда даволашда уларни тўғри танлай билиш, ниҳоят йўқотилган қон миқдорини тўлдиришга қаратилган бўлиши керак. Йўқотилган қон миқдорини тўлдириш ва трансфузия ва инфузияда қўлланиладиган препаратларни юбориш тезлигини белгилашда артериал қон босимининг ҳолатига, беморнинг умумий ҳолати, пульсига асосланган ҳолда олиб борилиши керак.

Е.А.Чернуха ва бошқаларнинг фикрича агар қоннинг артериал босими 70-80 мм симоб устинида бўлса, унда трансфузия ва инфузия тезлиги бир оз кам бўлиши, аммо томчи сифатида эмас оқим сифатида бир минутда 150-200 мл гача қуйилиб гемодинамик ҳолат турғунлашгунча, артериал қон босим 100-110 мл симоб устинига тўғри келгунча қуйилади. Кейин томчи сифатида қуйишни да-

вом эттириб, бунда марказий вена қон босими ва ҳар соатда ажралаётган сийдик миқдорини ҳисобга олган ҳолда давом эттирилади.

Трансфузия ва инфузия усулини анестезиологлар билан мулоқотда бўлган ҳолда олиб бориш керак (14-жадвал).

14-жадвал

Массив қон йўқотганда трансфузия ва инфузия усулида даволаш турлари (Е.А.Черноуха ва бошқалар).

Бемор оғирлиги % ҳисобида қон йўқотиш	Трансфузия — инфузион программа
1.1000 мл гача қон йўқотилганда	Лактосоль 400 мл, янги қон ёки эритроцитар масса 400-500 мл, реополиглюкин 400 мл, глюкозанинг 5% эритмасидан 200-300 мл.
2.1400-2000 мл қон йўқотганда	Лактосоль 400-800 мл, ош тузининг 0,9% изотоник эритмасидан 600-800 мл, эритроцитар масса 1000-20000 мл ёки қон 1500-3500 мл, реополиглюкин 400 мл, желатинол 450 мл, глюкозанинг 5% ли эритмасидан 300-500 мл.
3.3% дан ошиқ қон йўқотганда	Полиглюкин 400 мл, эритроцитар масса 2000 мл дан ошиқроқ (йўқотилган қонга нисбатан ҳажми 1,2-1,5) ёки қондан 4000 мл, реополиглюкин ва лактасол 800-1200 мл, глюкозани 5% эритмасидан 500 мл.

Биз бу схемадан қисман фойдаланган ҳолда терминал ҳолатда бажарилиши лозим бўлган омилларга батафсил тўхтаб ўтамиз.

Қон қуйганда узлуксиз равишда 10% кальций глюконат эритмасидан 10 мл дан (ҳар гал қуйилган қоннинг 400-500 мл ҳисобидан), новокаин (0,5% ли) 10-15 мл дан венага юборилади.

Йўқолган 20-25% қоннинг ўрни тўлдирилганига қарамай артериал қон босим тикланмаган бўлса, мезатон, норадреналин (1 мл норадреналинни 500-250 мл полиглюкин билан бирга) томчи ҳолида венага юборилади. Бу билан қон босими кўтарилиши мумкин.

Артериал қон босим 80-90 мм симоб устунига етганда томчилар сони камайтирилади ёки дори юбориш бутунлай тўхтатилади.

Бордию бу эритма қон босими паст бўлганда тез юборилса, (акс натижа олинади) қон томир тонуслари яна баттар бўшашиб кетади ёки қисқа муддатга кўтарилиб кейин жуда пасайиб кетади. Йўқотилган қон ўрнини етарли тўлдирилмасдан туриб, эритмани юбориш асло мумкин эмас. Қон томирларни торайтирувчи моддалар ёрдамида қон ўрнини тўлдирилгандан кейин юборилганда ҳам яхши натижа бермаса, бу буйрак усти бези фаолиятининг етишмовчилигидан далолат беради. Бундай ҳолларда венага 100-120 мг гидрокортизон юбориш тавсия қилинади (зарурат бўлса бу препаратдан қайта юбориш мумкин).

Даволаш давомида ҳаво билан биргаликда кислород юбориб туриш керак.

Оғир аҳволдаги беморга махсус ниқоб орқали кислород билан бирга ҳаво юбориш мумкин. Бу нафас чуқурлигини ва маромини ўзгартирмайди, шунинг учун релаксантдан укол қилиб, кислородни азотсиз оқсил билан аралаштириб (интубация орқали) наркоз усулидан фойдаланилади.

Глюкозанинг гликолиз натижасида сарфланганлигини ҳисобга олиб, венага унинг 40% ли эритмасидан 40-50 мл юборилади. Бу эритмани қайта юбориш мумкин. Аммо глюкозани юборганда унинг 4 г қуруқ кукуни ҳисобига 1 бирликда инсулин юбориб туриш лозим.

Глюкоза билан биргаликда бир туркум витаминлар: 200-500 мг аскорбин кислота (венага юборилади). 20-50 мг витамин B_1 ва 25-50 мг витамин B_6 (мушак орасига) юборилади. Кальций пантонатдан 40-80 мг (20% ли эритмасидан 2 мг) юбориш тавсия этилади. Пантонат кислота кортикостероидларнинг ҳосил бўлишини рағбатлантиради.

Антигистамин препаратлардан (супрастин, димедрол, пипольфен) ва кокарбоксилаза (50 мг венага юборилади) юбориш ҳам яхши натижа беради. Кокарбоксилаза ацидоз ҳолатини камайтиради, юрак қон томирларида қон айланишини яхшилайди.

Кучли тахикардияда венага 0,3-0,5 мл строфантин (яхшиси глюкоза билан биргаликда) юбориш тавсия этилади.

Агар юқорида келтирилган даво тадбирлари фойда берган бўлса, унда артериал қон босим 80-90 мм сомоб усти-

нидан пастга тушмайди. Қон босимини бундан оширишга шошилмаслик керак.

Қон босими 80-90 мм симоб устинида турганда ўпканинг нафас фаолияти бузилмаса, ҳаво алмашинуви тезда ўз ҳолига келади ва аста-секин кислород танқислиги камаяди. Қон босими шу ҳолатда турғунлашгандан сўнг буйракларда, жигарда қон айланишни яхшилаш ва миядаги шишни камайтириш учун 2-4% мг эуфиллин (диафиллин) дан 5-8-10 мл венага юборилади. Баъзан реанимацияга брадикардия ҳолатидаги беморни олиб келинади, бунда у тезда ўлади, сабаби бемор кўп қон йўқотмаган бўлсада, унда юракнинг рефлектор равишда тўхтаб қолиши кузатилади. Бордию йўқотилган қон ўрни тўлдирилмаганлиги сабабли, узоқ давом этган гипотензиядан кейин юрак тўхтаб қолса, бунда даво тадбирлари ёрдам бермайди. Томирларда оқаётган қон ўрни қанчалик тез тўлдирилса даволашда ҳам шунчалик яхши натижага эришиш мумкин.

1% ли атропиндан 0,3-0,5 мл венага юборилади. Бу препаратни пульс бир минутда 70 тадан кам урганда юборилади.

Ацидоз ва гиперкалемия, алкалоз кислота ва ишқор мувозанатининг бузилишида гипоксия кучайиб кетса интубация ёрдамида нафасни ўз вақтида бошқариш, ацидозни даволаш чораларини кўриш керак.

Қон айланишининг тўхташ (юракнинг тўхташи, фибриляцияси) белгилари томир уришининг, қон босимининг бирданига йўқолиши, нафаснинг тўхташи, тери рангининг бирданига ўзгариши, кўз қорачиғининг кенгайиб кетиши, жароҳатланган юза ёки бачадондан қон кетмай қолишидир. Бу белгиларнинг ҳаммасини бўлиши шарт эмас. Томир уришининг йўқлиги, кўз қорачиғининг кенгайиши, юрак фаолиятининг тўхташидан дарак беради. Бундай ҳолда юрак фаолиятини тиклашга ҳаракат қилиш керак. Бунинг учун ҳаёт учун зарур бўлган аъзоларни (ўпка, юрак, мия) кислородли қон билан таъминлаш, юрак қисқаришини тиклаш, кислота, ишқор ва электролит, микроэлементлар мувозанатини тиклаш ҳамда мия шишини йўқотиш омилларидан фойдаланган ҳолда ёрдам бериш зарур. Шунинг учун сунъий нафас олиш билан бир вақт-

да юракни массаж қилиш зарур. Беморни текис каравотга бошини паст қилиб ётқизилади. Сунъий нафасни яхшиси интубация найчаси ёки оғиз орқали бериш керак.

Юракни массаж қилишни фақат қўл кучи билангина эмас, тана оғирлиги билан ҳам олиб бориш лозим. Бунда кўкрак суяги орқа умуртқа томонга 3-4 см сурилади.

Юракни массаж қилганда, унинг фойдасини томир уриши пайдо бўлиб, кўз қорачиғи торайганидан билинади. Агар бу белгилар пайдо бўлмаса унда бевосита массаж қилиш керак (кўкрак қафаси ичида қилинади). Бу ҳам ёрдам бермаса юрак мускулларига норадреналин юборилади, бунда юрак ичига нина тушганини шприц поршинини тортганда қон кўринганидан билинади. Сўнг массаж яна давом эттирилади. Баъзан юрак ичига 25 мг гексаметан ва 0,5 мг атропин юбориш ҳам фойдалидир. Қон ва қон ўрнини босадиган эритмаларни қуйишни давом эттириш керак. Қон айланишини тиклашни, қон босимининг 80-90 мл симоб устинидан пастга тушмаслигига ҳаракат қилиш керак. Ишқорли эритмалар, витаминлар, глюконат кальцийдан укол қилиш зарур.

Одатда терминал ҳолатдан кейин мия шиши бўлади, уни йўқотиш учун глюкозанинг гипотоник эритмаси ва плазманинг концентрланган эритмасидан венага юборилади. Эуфиллин, новокаин, пипольфендан укол қилинади. Беморни терминал ҳолатдан олиб чиқилгач у реаниматолог назоратида бўлиши керак.

МУНДАРИЖА

Сўз боши 3
I б о б. **Этика ва деонтология** 5
Тиббиёт деонтологияси 8
II б о б. **Аёллар маслаҳатхонасида ҳомиладорларни ҳисобга олишда дастлабки текширишлар** 13
III б о б. **Аёлларда мавжуд физиологик жараёнда эндокрин тизимининг тутган ўрни.** 20
IV б о б. **Ҳомиладорлик** 29
Гонадотропинни аниқлаш 32
Биологик усул 32
Фридман реакцияси 33
Кимёвий усул 35
Иммунологик усул 35
Радиоизотоп усул 38
Ҳомиладорликнинг экспресс-ташхиси 39
V б о б. **Ҳомила** 40
Плацента ва ҳомила пардалари 43
Ҳомиланинг сув пардаси (амнион) 52
Эмбрион ва ҳомиланинг қон айланиш тизими 58
VI б о б. **Ҳомила тараққиётига салбий таъсир кўрсатадиган омиллар** . 61
Соматотроп гормон (СТГ) 63
Жинсий гормонлар 74
VII б о б. **Ҳомиладорликнинг кечишига турли касалликларнинг таъсири** 82
Ўткир юқумли касалликлар 82
Боткин касаллиги 83
Сил касаллиги 83
Ҳомиладорлик ва буйрак касалликлари 87
Ҳомиладорлик ва юрак-томир тизимининг касалликлари 87
Гипертония касаллиги ва ҳомиладорлик 90
Аппендицит ва ҳомиладорлик 91
Асаб тизими касалликлари ва ҳомиладорлик 91
Тутқаноқ касаллиги (эпилепсия) 92
Эндокрин системаси касалликлари ва ҳомиладорлик 92
Диабет касаллиги (қанд касаллиги) 93
Баъзи инфекцион касалликларининг ҳомиладор аёлга, ҳомилага — чақалоққа таъсири 93
Токсоплазмоз 94
Листериоз 99
VIII б о б. **Ҳомиланинг туғруқдан олдин (перинатал) давридаги патологик ҳолати** 104
Чақалоқларда иммунологик резус — омили бўйича гемолитик касаллик 107
Чақалоқларда изоиммунологик омил-АВО системаси сабабли пайдо бўладиган гемолитик касаллик 109

Изоиммунизация натижасида вужудга келадиган гемолитик касаллик ... 111
Чақалоқларда гемолитик касалликка ташхис қўйиш ... 123
Чақалоқлардаги сариқ касалликларининг дифференциал ташхиси ... 124
Резус изосенсибилизацияланган ҳамиладорларни даволаш ... 126
Гемалитик касаллик билан оғриган чақалоқларни даволаш ... 127
IX боб. **Туғруқнинг клиник кечиши** ... 129
Туғруқ дардлари ... 136
Аёл организмининг туғруққа тайёрлигини аниқлаш. Туғруқ бошланишидан олдинги белгилар ... 152
Қин суртмасидан ҳомила олди суви кетган кетмаганлигини аниқлаш ... 155
X боб. **Туғиш механизми (биомеханизми)нинг турлари** ... 156
Нормал туғиш биомеханизми ... 156
Ҳомила бошининг энсаси билан кичик чаноқ киришига олдин келганда туғиш механизми ... 158
Ҳомила орқа кўринишда бошининг кичик чаноқ киришига энса қисми билан келиши ... 162
Ҳомила бошининг нотўғри (орқага қайрилиб) келиши ... 165
Ҳомила бошининг тепаси билан олдин келиши ... 166
Туғруқни бошқариш ... 168
Ҳомила бошининг пешонаси билан олдин келиши ... 168
Ҳомила бошининг юзи билан олдин келиши ... 172
Юз билан олдин келишини аниқлаш ... 173
Ҳомила юзи билан олдин кўринишда келганда туғиш механизми (биомеханизми) ... 174
Ҳомила боши ўқ-ёйсимон чокнинг кичик чаноқ кириш қисми тўғри ўлчамида туришида туғиш механизми (биомеханизм) ... 176
Ҳомила бошининг пастда (кичик чаноқ чиқиш қисмида) кўндаланг ўлчамда келишида туғиш механизми (биомеханизм) ... 179
Ҳомила чаноқ қисми ва оёғи билан олдин келишида туғиш механизми (биомеханизм) ... 180
Ҳомила думба билан чала (ёлғиз) олдин келганда Цовьянов усулида қўл билан ёрдам кўрсатиш ... 192
Ҳомила оёқлари билан келганда Цовьянов усулини қўллаш . 194
XI боб. **Кўп ҳомилали ҳомиладорлик (бир вақтнинг ўзида бир неча ҳомиланинг тараққий этиши)** ... 196
Ташхис қўйиш ... 199
Кўш ҳомилали ҳомиладорликда туғруқни ўтиши ... 200
Ҳомиладорлик ва туғиш жараёнини бошқариш ... 202
XII боб. **Ўттиз ҳафталик ҳомиладорликни аниқлаш мезони** ... 205
XIII боб. **Муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорлик (graviditas serotina)** ... 207
Этиология ва патогенези ... 208
Туғруқни консерватив усулда бошқариш ... 213
Дори препаратлари ... 213
Туғруқни хирургик усулда кучлантириш ... 215

XIV боб. **Ҳомиланинг кўндаланг ва қийшиқ (Situs transversus, obliquus) ётиши** 215
Туғруқнинг кечиши 219
Ҳомила кўндаланг жойланишининг ўтиб кетган ҳолати 220
Туғруқни бошқариш 222
XV боб. **Ҳомила бачадонда нотўғри жойлашганда уни тўғрилаш (versio obstetrica)** 224
Ҳомилани ташқаридан (қорин девори орқали) айлантириш . 224
Операция қилиш техникаси 225
Ҳомила чаноқ қисми билан олдин келганда бошига айлантириш 227
Ҳомилани ташқари ва ичқаридан комбинация (классик) усулда оёғига айлантириш (versio doctus in pedum) 228
Операцияга моъноликлар 229
Қоғоноқ пардаси ёрилмаган ҳолда, ҳомила боши билан келганда классик усулда айлантириш 234
Ҳомила бачадонда кўндаланг жойлашиб қоғаноқ ёрилмаган ҳолатда ҳомилани айлантиришда классик усулни қўллаш 237
Ҳомилани айлантиришда учрайдиган асоратлар 239
Бачадон бўйни тўла очилмай туриб ҳомилани эрта айлантириш операцияси (Брегкстон-Рикс бўйича) 239
Бу хилдаги операция қилиш учун кўрсатмалар 240
Ҳомилани айлантириш учун шароитлар 241
XVI боб. **Аёллар чаноғининг аномалиялари.** 243
Тор чаноқнинг кам учрайдиган шакллари 250
Ҳар тарафдан баробар торайган чаноқда туғиш механизми ... 259
Рахитик ясси чаноқда туғиш механизми 261
Тор чаноқларда туғруқни бошқариш 265
XVII боб. **Акушерлик қисқичлари** 272
Акушерлик қисқичларини қўйиш техникаси 285
Типик қисқичлар 286
Ҳомила орқа кўринишда келганда қисқич қўйиш 289
Атипик қисқичлар 290
Ҳомила боши ўқ-ёйсимон чоки билан чаноқ ичининг кўндаланг ўлчовида турганда қисқич қўйиш 291
Ҳомила бошини ёзилиб келишида қисқич қўйиш 293
Ҳомила боши тепаси билан олдин келганда қисқич қўйиш .. 293
Қисқич қўйиш техникаси 294
Ҳомила пешонаси билан олдин келганда қисқич қўйиш 295
Қисқич қўйиш техникаси 296
Ҳомила боши юз қисми билан орқа кўринишда олдин келганида қисқич қўйиш 296
Қисқич қўйишда учрайдиган қийинчиликлар 298
Қисқич қўйишда юз бериши мумкин бўлган жароҳатлар 298
Қисқич қўйганда ҳомилада юз бериши мумкин бўлган жароҳатлар 299
XVIII боб. **Ҳомилани емириш операциялари (эмбриотомия)** 300
Эмбриотомиянинг турлари 301
Краниотомия қилиш усули 303
Бош кейин келганда уни перфорация қилиш 304

Эмбриотомиянинг бошқа турлари 305
Декапитация (dekapitatio) 305
Операция қилиш услуби (техникаси) 306
Клейдотомия (Cleidotomia) 307
Эвентерация ва эвисцерация (Eventeratio, evisteratio) 307
Спондилотомия (Spondilotomia) 308
XIX б о б. **Эрта пайдо бўладиган гестозлар (токсикозлар)** 308
Ҳомиладорликда кам учрайдиган токсикозлар (гестозлар) 315
Ҳомиладорликда учрайдиган жигарнинг ўткир дистрофияси 317
Остеомаляция 317
XX б о б. **Кечки токсикоз-гестозлар** 318
Эклампсия (Eclampsia gravidarum) 324
Кечки токсикоз-гестозда туғруқни бошқариш 328
Кечки токсикозда ҳомиладорликни бошқариш 332
Кечки токсикоз-гестозни даволаш 334
Кечки токсикоз (гестоз) билан оғриб ўтган аёлларни реабилитация қилиш 341
XXI б о б. **Ҳомиладорликнинг барвақт тўхтатиш** 342
XXII б о б. **Туғруқ дардининг нуқсонлари (аномалиялари)** 349
Туғруқ дардининг суст бўлиши (Dolores gebilles) 350
Туғруқ дардининг бирламчи сустлиги (Dolores debelles primriae) 351
Туғруқни бошқариш 354
Туғруқ дардининг иккиламчи сустлиги (Dolores dibiles secundariae) 359
Туғруқни бошқариш 362
Кучаниқнинг суст бўлиши 362
Туғруқ дардининг кучли бўлиши (Hyperdinamid uteri) 364
Туғиш дарди ритмининг бузилиши (дискординация) 366
Тортишиб (тиришиб) дард тутиши 367
XXIII б о б. **Бачадоннинг йиртилиши (Ruptura uteri)** 368
Бачадоннинг йиртилиш хавфи 373
Бачадон йиртилишининг бошланиши 376
Бачадон йиртилиш хавфини даволаш 378
Бачадон йиртилиши 378
Бачадон йиртилганда ёрдам бериш 381
Бачадон бўйни йиртилганда тикиш 383
Бачадоннинг ағдарилиб тушиши 383
Бачадон ағдарилиб тушганда қилинадиган операция (reinversio uteri) 384
Қин ва вульва (ташқи жинсий аъзолардаги) гематома 385
Қов бўғими (Симфиз) нинг ажралиши 386
Ҳомиладор бачадоннинг чаноқ ичида қисилиб қолиши 388
XXIV б о б. **Чилла даврининг физиологияси** 390
XXV б о б. **Чилла давридаги касалликлар** 396
Септик бўлмаган касалликлар 397
Чилла давридаги инфекцион касалликлар 398
Чилла даврида рўй берадиган инфекцион касалликлар таснифи 401
Чилла давридаги яралар 401

Чилла давридаги эндомиометрит 404
Эндомиометритнинг абортив формаси 405
Кесарча кесиш операциядан кейинги эндомиометрит 406
Кичик чаноқ бўшлиғида жойлашган аъзоларнинг яллиғланиши 408
Даволаш 410
Бачадон қўшимчаларининг яллиғланиши (Adnexit, salpingooofarit puerparalis) 411
Даволаш 412
Пельвеоперитонит (Pelvioperitonit puerperalis) 413
Даволаш 415
Перитонит (peritonitis puerperalis) 416
Перитонитни даволаш 423
Сепсис 427
Септицемия (Septicemia) 428
Септикопиемия (Septicopiemia) 430
Хониосепсис — сепсисни сурункали кечиши 432
Септик шок 432
Септик шокни даволаш 434
Сепсисни даволаш 435
Оёқ веналарининг тромбофлебити 437
Флебография 443
Радиоизотоп усул 443
Ультратовуш ёрдамида ташхис қўйиш 444
Термографик усул 444
Тромбофлебитнинг профилактикаси ва даволаш 444
Чилла давридаги мастит (сут безининг яллиғланиши) 446
Маститнинг клиникаси 447
Маститни даволаш 449
XXVI б о б . **Ҳомиладорликда, туғруқда, чилла даврида қон кетиши** . 451
Қон фибринолитик тизими 461
Ҳомиладорлик ва туғруқда қон кетиш 463
Йўлдош олдин келганда қон кетиши 463
Клиник кечиши 464
Ташхис қўйиш 465
Даволаш 468
Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт ўрнидан кўчиши (Separatio placentae normaliter insertae spontanea) 472
Клиник кечиши 476
Ташхис қўйиш 477
Даволаш 478
Туғруқнинг учинчи даврида қон кетиши 482
Йўлдошнинг олдин келишининг дифференциал ташхиси, бачадон шишлари (миома, саркома, рак, хорион эпителиома ва б-лар) билан олиб борилади. 486
Эрта чилла даврида қон кетиши 488
Клиникаси 490
Даволаш 491
XXVII б о б . **Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик (graviditas extrauterina)** 501
Этиология ва патогенези 502

Клиник кечиши 502
Бачадон найчаларидаги ҳомиладорлик 503
Қорин бўшлиғидаги ҳомиладорлик 504
Тухумдондаги ҳомиладорлик 505
Бачадоннинг қўшимча шохидаги ҳомиладорлик 506
Ташхис қўйиш 506
Бачадон бўйнидаги ҳомиладорлик 510
XXVIII б о б. **Елбўғоз (Mole hydotidosa)** 511
Клиник кечиши 513
Хорионэпителиома 515
XXIX б о б. **Ҳомила сувининг эмболияси** 516
Қоғоноқ суви эмболиясини даволаш ва унинг олдини олиш 522
XXX б о б. **Гемостаз системаси фаолияти бузилганда қон кетиши** 525
Қон ивиш хусусиятини йўқотганда қон кетиши (гипофибриногенемия, афибриногенемия) 527
Гемостаз системаси фаолияти бузилганда қон кетишини даволаш 530
XXXI б о б. **Акушерликдаги шок** 533
Томирлар коллапси 536
Коллапснинг клиникаси 538
Даволаш 538
XXXII б о б. **Акушерликда терминал (сўнги) ҳолат** 540
Ўткир қон кетиши 540

Ўқув нашри

АСАЛАТ АЗИЗОВНА ҚОДИРОВА,
Ўзбекистон Республикасида хизмат кўрсатган фан арбоби,
тиббиёт фанлари доктори, профессор
КАТТАХЎЖАЕВА МАҲМУДА ҲАМДАМОВНА,
тиббиёт фанлари доктори
НАЖМИДДИНОВА ДИЛБАР ҚАМАРИДДИНОВНА,
тиббиёт фанлари доктори
АШУРОВА ВЕНЕРА ЭРГАШЕВНА,
тиббиёт фанлари номзоди, доцент

АКУШЕРЛИК АМАЛИЁТИ

Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти, Тошкент, Навоий кўчаси, 30.

Муҳаррир *Ш. Иногомова*
Бадиий муҳаррир *М.Эргашева*
Техмуҳаррир *В. Мешчерякова*
Мусаҳҳиҳ *С. Абдунабиева*

ИБ № 2275

Босишга 17.04. 2001 да рухсат этилди. Бичими 84×108¹/₃₂. Газета қоғози. Офсет босма. Адабий гарнитура. Шартли босма табоқ 28.98. Шартли бўёқ-оттиски 29,4. Нашр. босма табоқ 28,83. 6—97-рақамли шартнома. Жами 2000 нусха.
81-рақамли буюртма. Нархи шартнома асосида.

Ўзбекистон Республикаси Давлат матбуот қўмитасининг Тошкент китоб-журнал фабрикасида чоп этилди. Тошкент, Юнусобод дахаси, Муродов кўчаси, 1-уй.

ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ДАВЛАТ
ТИББИЁТ ИНСТИТУТ
КУТУБХОНАСИ 28000 =

